

ISSN: 1870-2759

# Attepepakltli

REVISTA DEL INSTITUTO DE SALUD PÚBLICA DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
(Próximamente UNIVERSALUD)

Volumen 6, No. 11, marzo 2010



# Universidad Veracruzana

Dr. Raúl Arias Lovillo

*Rector*

Dr. Porfirio Carrillo Castilla

*Secretario Académico*

Lic. Víctor Aguilar Pizarro

*Secretario de Administración y Finanzas*

Dr. Jesús Samuel Cruz Sánchez

*Director General de Investigaciones*

Mtra. Margarita Vela Ortiz

*Director General del Área Académica de Ciencias de la Salud*

Dr. Mario Miguel Ojeda Ramírez

*Director General de la Unidad de Estudios de Posgrado*

Mtra. Ma. Cristina Ortiz León

*Encargada de la Dirección del Instituto de Salud Pública*

## Comité Editorial Ampliado

Dr. Heberto Romero Priego Álvarez

*Universidad Juárez Autónoma de Tabasco*

Dr. Guillermo Fajardo Ortiz

*Universidad Nacional Autónoma de México*

Dr. Felipe Vázquez Palacios

*CIESAS-Golfo*

Dr. Martín Bedolla Baraja

*Universidad de Guadalajara*

## Comité Editorial

Dra. Dulce María Cinta Loaiza

*Editor*

Dr. Jaime Morales Romero

*Coeditor*

Dr. Domingo Vázquez Martínez

Dra. Edit Rodríguez Romero

Dr. Benno de Keijzer Fokker

Mtro. Manuel Salvador Luzanía Valerio

*Comité Editorial*

C.P. Angélica Tapia Vázquez

*Coordinación Administrativa*

Frida Alejandra Ocampo Cano

*Diseño Editorial y edición Digital*

Rosa Linda Martínez González

*Corrección de estilo*

*Altepepaktli* es una publicación semestral del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana. <http://www.uv.mx/isp/>

Se encuentra indexada en IMBIOMED

<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>

El contenido de los trabajos es responsabilidad exclusiva de los autores.

Se autoriza la reproducción parcial o total del material si se cita la fuente.

ISSN 1870-2759, Volumen 6, N° 11, marzo 2010

Se imprimió en los talleres de

DOCUMASTER S.A. de C.V.

Av. Coyoacán 1450 Bis Col. Del Valle CP. 03220 México D.F.

Sobre papel bond de 36 Kg. en interiores y cartulina couché en portada. Tiraje de 500 ejemplares

# Contenido

## » Editorial [2]

---

### [Artículos originales]

---

#### » Concepciones culturales sobre el VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba [5]

Teresa Margarita Torres López, Rubén Soltero Aguilar

#### » Conocimientos, riesgos y daños sobre salud en estudiantes de la Universidad Veracruzana [14]

Josefina Aguirre Martínez, Francisco Domingo Vázquez Martínez

#### » Factores preestablecidos que motivan el cambio de esquema y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral [22]

Vitale Enza, Wadskier Francis, Stranieri Mirna, Silva Ivana, Montagne , Mederos Saúl

#### » Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer [32]

Elia del C. Martínez Ruiz, Felicitas E. Díaz Vega, Erika Iraís Gómez Blanco

### [Ensayos y artículos de revisión]

---

#### » Enfermedades reumáticas y Salud Pública: Artículo de revisión acerca del XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología [42]

Jaime Morales Romero, Laura González López, Jorge Iván Gámez Nava, María Luisa Vázquez Villegas, Pedro Pablo Castro Enríquez

#### » La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva [54]

Guillermo Fajardo Ortiz, Roberto Antonio Olivares Santos

#### » La descentralización de la salud en México, hacia el diseño de políticas públicas en gobiernos locales [60]

José Luis Coronado Ramírez, Celso Ramón Sarmiento Reyes

### [Reseña]

---

#### » Social Determinants of Health: The Solid Facts [70]

Dulce Ma. Cinta Loaiza

### Celebrando el trigésimo aniversario del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana

Antes que nada, quiero agradecer la oportunidad que se me da, al asignarme la tarea de hacer el recuento de estos 30 años de vida, del Instituto de Salud Pública, seguramente no soy la más indicada, pero si la más afortunada.

Cuando me pidieron que hiciera este recuento, desfilaron personas, anécdotas, y sobre todo una pregunta constante ¿nos hemos acercado a aquél sueño, que en enero de 1980 comenzaba a tomar forma?.

Aquella utopía no era sólo la conformación de un instituto que albergara la docencia y la investigación en el campo de la salud pública, no, como jóvenes y soñadores queríamos más, queríamos transformar las condiciones de salud de los mexicanos y particularmente la de los veracruzanos, queríamos salud para todos.

Por lo anterior el primer esfuerzo de investigación fue el diagnóstico de salud del estado de Veracruz y junto con él se definieron las primeras tres líneas de investigación de nuestra institución.

Por otro lado, en el campo de la docencia iniciamos con un programa de especialización que duró desde 1981 hasta el 2001, aprendizaje permanente, a veces angustioso, muchas otras venturoso, pero el programa logró la atención y sobre todo la solidaridad de propios y extraños, sobrevivió sin presupuesto durante sus inicios y a pesar de ello creció ante la adversidad y se consolidó, como uno de los mejores de América Latina. Por allá pasaron Juan Carlos Veronelli, argentino sin igual, representante de la Organización Panamericana de la Salud y jurado de los primeros egresados del posgrado, aún recuerdo sus recomendaciones: *“la salud pública es como una orquesta”* y refiriéndose a los trabajos que examinaba, expresaba *“hay que bajar el tono de los timbales y armonizar el sonido de los violines”*, recomendación sutil pero acertada, también recuerdo los nada sutiles comentarios del Dr. Luis Peregrina Peyón, director de la Escuela de Salud Pública de Plateros, dolorosos pero provechosos; y no podría faltar en los recuerdos las contribuciones del Arquitecto Sergio Vázquez Córdoba, uno de los primeros planificadores en el campo de la salud en México, sus valiosas aportaciones imprimieron nuevos bríos al programa. Además, justo es decir, que los primeros años de este programa, se lograron gracias a la solidaridad de muchos académicos de la propia Universidad Veracruzana y de otras universidades, así como de profesionales de la salud pública ubicados en las diferentes instituciones del sector salud que coadyuvaron al impulso de este programa.

El aprendizaje para el profesorado tenía también otras fuentes, pronto se contó con la mejor biblioteca de salud pública del sur del país, y de sus libros y revistas se abrevó el conocimiento de otras latitudes, pero creo que lo más importante en el aprendizaje, fue el contacto permanente con la población y con las instituciones de salud -particularmente con la Secretaría de Salud de Veracruz- las cuales abrieron sus puertas y permitieron a través de estas experiencias, imbuir de una sensibilidad social a profesores y alumnos. Estas experiencias permitieron generar vínculos duraderos que a la fecha no sólo se mantienen, sino que se han acrecentado.

Esta primera etapa en el campo de la docencia, generó egresados con liderazgo en los dominios técnicos, situación acertada para aquellas épocas pero insuficiente para las actuales. Por ello a partir de 2002, se inicia una nueva etapa en la formación de recursos humanos para la salud pública, la Maestría tiene nuevas dimensiones, diversificación y profundización en las áreas estratégicas de la salud pública, el reto ahora es generar los liderazgos políticos que permitan defender ante los embates de otros intereses la salud de la población.

Ante las circunstancias actuales la pregunta ya no es si hemos alcanzado el sueño, sino si ¿seremos capaces de estar a la altura de las circunstancias actuales?, la salud pública ya no puede visualizarse sólo como un quehacer técnico, las determinaciones políticas van más allá, irrumpen y aplastan, convierten la salud en una mercancía en donde siempre hay pocos ganadores y muchos afectados.

Permítanme traer un fragmento del Dr. Álvaro Cardona, Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, que publica recientemente, en relación a lo que se denomina “Emergencia social en salud”:

*“Por estas especiales características que reviste el tema de la salud de los colectivos poblacionales, cualquier decisión de política pública que se adopte involucra dimensiones éticas que ninguna persona, ninguna grupo social, ni ninguna institución del gobierno debe dirimir sin tener en cuenta los consensos sociales producidos después de una cuidadosa, amplia e ilustrada discusión. Arrogarse a cualquier título el derecho de decidir precipitada e inconsultamente en asuntos de esta naturaleza es violentar la justa expectativa de las personas de que se respete su dignidad y su derecho fundamental a la salud y a la vida.*

*Desde el momento en que fue declarada la Emergencia Social en Salud, la Facultad Nacional de Salud Pública se comprometió con el análisis riguroso de los decretos del Gobierno Nacional expedidos a su amparo, lo cual ha permitido no sólo la ampliación de un debate informado con buena parte de los analistas del sistema de salud sino también la interacción con otros actores sociales. Lo anterior, ha facilitado un proceso de ilustración a la opinión pública sobre la necesidad de que el país aboque de manera transparente y participativa una reforma estructural de nuestro sistema de salud, que anteponga como principio fundante el derecho a la salud y no la mercantilización de los servicios de atención para satisfacer el afán de lucro de inversionistas financieros.*

Hace unos días alguien del equipo de trabajo que fundó esta dependencia comentaba, “*todo lo que planteamos como prospectiva, al adoptarse las políticas neoliberales en el campo de la salud se está cumpliendo*” y se refería precisamente a los cambios estructurales que durante estos 30 años han desarticulado al sector salud, infraestructura insuficiente, equipamiento obsoleto, desabasto de insumos básicos y alrededor del 50% del recurso más importante en los servicios de salud –los trabajadores- con contratos que hasta en su nombre llevan la ignominia “contratos precarios” y que los mantiene al margen de las prestaciones sociales fundamentales.

Como Instituto de Salud Pública no podemos quedarnos callados ante lo que ocurre, porque al igual que en la formación de recursos humanos, en el campo de la investigación tenemos cosas que decir, baste recordar que a lo largo de estos 30 años, nos han afectado epidemias como el sida, el cólera y la influenza A/H1N1, que han dejado su profunda huella en nuestra población y para las cuales, la investigación realizada poco ha afectado la agenda política de la salud pública, lo mismo podríamos decir de las enfermedades del rezago como lo es la muerte materna y la tuberculosis, y las nuevas epidemias que atacan por igual a ricos y pobres, el cáncer, la diabetes, la hipertensión y el síndrome metabólico entre otras. O bien estrategias como el Seguro Popular, que ni es seguro ni es popular.

A través de la investigación hemos seguido con atención la evolución de la salud y de las instancias responsables de cuidarla y tenemos que decir con preocupación que las políticas internacionales adoptadas no han sido para bien de nuestra población, que aún tenemos pendientes, pero sobre todo, que el Instituto de Salud Pública no puede ni debe estar al margen de su responsabilidad social y política.

El reto es inmenso, por ello debemos avanzar en el Instituto de Salud Pública en la comunión de ideas y compromisos, obligados estamos a consolidar y difundir los principios éticos de la salud pública, estamos a tiempo de señalar nuevos caminos, estamos a tiempo de refrendar el compromiso que inició hace 30 años y que sin duda, hoy más que nunca implica un fuerte posicionamiento político de nuestra institución frente a los problemas de salud de la población.

Sin duda, no es una tarea fácil, pero se la debemos a todos aquellos, alumnos, profesores, investigadores y autoridades que han pasado por nuestro instituto dejando su huella y creyendo en la nobleza de la tarea que aquí se realiza. La perfección es tarea de dioses, pero su búsqueda nos corresponde a todos, por eso el día de hoy que también es crisol de regocijo, tristezas y esperanzas, no podemos dejar de recordar a los que ya han partido, pero que dejaron parte de su esencia en nuestra dependencia, particularmente Alina, mujer de principios y compromiso, querida amiga y compañera de utopía.

El Instituto de Salud Pública cumple 30 años, y su crecimiento no es sólo en edad, la planta académica se ha fortalecido, la infraestructura física y tecnológica con la que hoy se cuenta es una trinchera que permite y vigorizan las actividades académicas y nos posiciona en situación privilegiada para seguir avanzando.

Espero también que sigamos teniendo la capacidad de soñar despiertos, y en ese sueño diurno, consiente y comprometido podamos aportar y tener el potencial para seguir luchando por mejorar el cuidado de la salud de nuestros compatriotas.

Les saludo con afecto y agradecimiento a todos los que de cerca o de lejos han sido parte de esta historia.

**Elsa Ladrón de Guevara**

# Concepciones culturales sobre el VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba

## Cultural conceptions about HIV/AIDS of Cuban health professional's women

Teresa Margarita Torres López\*

Rubén Soltero Avelar\*\*

### Resumen

**Objetivo:** Explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud cubanas a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención, atención y rehabilitación de personas con el mencionado padecimiento.

**Método:** Estudio transversal exploratorio. La muestra fue de 19 mujeres seleccionadas por muestreo propositivo. Se aplicaron las técnicas de listados libres y el sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto VIH/SIDA y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

**Resultados:** Las participantes conceptualizaron el padecimiento de VIH/SIDA como una enfermedad que lleva implícita la vida y la muerte, ocasionada por prácticas irresponsables en la esfera sexual. Identificaron para los contagiados una serie de cambios negativos en lo físico y lo emocional; así como el rechazo social. Para ellas, como profesionales, dicho problema de salud implica las acciones sanitarias de prevención, educación y cuidado de las personas.

### Abstract

**Objective:** To explore the conceptual dimensions about HIV/AIDS of Cuba health professional's women in order to identify elements to develop future prevention, care and rehabilitation programs.

**Method:** An exploratory cross-sectional study was carrying out. An interview was carried out to 19 Cuban women were selected by propositive sampling in high schools from the countries mentioned above. It was applied semistructured interviews: free lists and pile sorts. It was investigated associated terms of HIV/AIDS groups of conceptual dimensions. It was applied consensus analysis with factorial principal components method and dimensional analysis with hierarchical clusters and multidimensional scales.

**Results:** The participants conceptualized the HIV/AIDS as an illness, which included the life and death, caused by irresponsible actions in the sexual area. For the illness persons identified negative physical and mental changes, besides social isolation. As health professionals the HIV/AIDS imply health care actions like prevention, education and care of illness people.

» **Palabras clave:** Concepciones culturales, VIH/SIDA, profesionales de la salud.

» **Key words:** Cultural conceptions, HIV/AIDS, health professionals.

### Introducción

En la escala global la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) se ha estabilizado. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH (ONUSIDA) en el año 2007, 33 millones (entre 30 y 36

\*Doctora en Antropología. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. ttorres@cencar.udg.mx, ttorres@cucs.udg.mx.

\*\*Doctor en Ciencias. Departamento de Psicología Aplicada. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. ruben.soltero@cucs.udg.mx, rubensoltero@prodigy.net.mx.

millones) de personas vivían con dicho padecimiento. De éstos, 45% era población joven (de 15 a 24 años).<sup>1</sup>

En Latinoamérica, para ese mismo año, se calculó la existencia de 1.7 millones de personas con VIH; con un estimado de 63 mil personas muertas por SIDA. Los principales modos de transmisión en dicha zona han cambiado poco desde la década pasada: transmisión sexual de hombres que tienen sexo con hombres; trabajo sexual y uso de drogas inyectables.<sup>2</sup>

En Cuba, hasta el 15 de agosto de 2006, había 7,593 casos diagnosticados como seropositivos; habían enfermado de SIDA 2,945; y de ellos fallecieron ya 1,498. En 2007 hay 642 casos nuevos (78 más que en 2006).<sup>3</sup> 3,240 casos de SIDA y 100 muertes reportadas.<sup>4</sup>

Aunque los datos epidemiológicos proporcionan un panorama sobre la magnitud del problema, se manifiesta la necesidad de considerar el punto de vista de los sujetos que dirigen los programas de prevención y atención. Es de particular importancia destacar la perspectiva de los profesionales de la salud mental, en este caso la profesión de psicología. Por un lado, porque ellos serán los encargados de realizar acciones de prevención del VIH/SIDA; así como desarrollar programas de atención y rehabilitación de personas enfermas. Y por el otro, la conceptualización que estas profesionales tengan del padecimiento, repercutirá en el tipo de servicio que proporcionarán a la población.

En cuanto a estudios específicos sobre las conceptualizaciones del VIH/SIDA en profesionales de la salud no hay reportados. Los que más se acercan son los enfocados al tema de conocimientos y creencias sobre el tema:<sup>5,6,7</sup> uno sobre percepción del VIH/SIDA,<sup>8</sup> más dos sobre profesionales de la salud y el estigma que conlleva dicho padecimiento.<sup>9,10</sup>

El primero sobre conocimientos y comportamientos sexuales relacionados con VIH/SIDA fue realizado en Colombia con estudiantes de postgrado; incluyéndose temas sobre gerencia en salud y seguridad social, desarrollo humano y educación sexual. Esta investigación mostró un porcentaje significativo de sujetos con

conocimientos deficientes y prácticas de riesgo que facilitan el contagio del VIH/SIDA.<sup>11</sup>

Otro más, realizado también en Colombia, fue sobre la asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de salud, ciencias básicas, ingenierías y humanidades de Santander. Se encontró que los estudiantes de salud obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas respecto de los estudiantes de las otras áreas. Se evidenció, que tampoco existen conocimientos adecuados sobre la posibilidad de adquirir la infección mediante prácticas de riesgo como tatuajes, perforaciones y relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas.<sup>12</sup>

Un tercer estudio sobre conocimientos y creencias, en este caso de una población cubana sobre el VIH/SIDA, incluyó la participación de 100 médicos. Se encontró que 6% planteó que las personas con VIH/SIDA deben ser tratadas con lástima y compasión. 64% identificó la existencia de discriminación hacia los enfermos. Y 40% refirió que el anonimato en las personas viviendo con VIH/SIDA resulta peligroso para la sociedad.<sup>13</sup>

Otro estudio realizado en Cuba se enfocó a la percepción de riesgo de VIH/ITS/SIDA entre estudiantes de Salud Pública cubanos y extranjeros viviendo en Cuba. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento fue mayor en los cubanos respecto de los extranjeros.<sup>14</sup>

Con relación al estigma de VIH/SIDA en profesionales, está el estudio realizado a los prestadores de servicios de salud en México, con base en las percepciones que tienen sobre la infección y las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Se encontró que algunos de los prestadores de servicios no distinguen la diferencia conceptual y clínica entre ser positivo al virus y padecer el síndrome. También que la noción de grupo de riesgo (homosexualidad, trabajo sexual) persiste en la práctica clínica. Asimismo, los proveedores de servicios de salud clasifican a las PVVS en víctimas (mujeres y niños) y culpables (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales).<sup>15</sup>



Un segundo estudio exploró las manifestaciones del estigma relacionado con el VIH/SIDA en una muestra de 80 profesionales de la salud (incluyendo 20 psicólogos) y estudiantes de profesiones de la salud de Puerto Rico.

Los participantes describieron manifestaciones de estigma que habían presenciado en sus escenarios de trabajo y adiestramiento. Manifestaron, además, la necesidad de implantar sistemas efectivos de vigilancia sobre las PVVS para controlar la epidemia. Ninguno reconoció haber discriminado a alguna persona con este padecimiento.<sup>16</sup>

Una forma de aproximarse a los profesionales de la salud fue resaltar lo que se ha llamado punto de vista desde dentro o punto de vista emic;<sup>17</sup> es decir, de quienes están directamente implicados o implicadas en la atención del problema. Así este estudio tuvo como objetivo explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba con la finalidad de identificar elementos para desarrollar programas de prevención, atención y rehabilitación de personas con el mencionado padecimiento.

## Método

El estudio se realizó con el enfoque de la Antropología Cognitiva, que estudia la manera en que los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo con los valores normativos de su entorno.<sup>18</sup> La codificación de la información implica un tratamiento estadístico para obtener el análisis de consenso. Es decir, un análisis cuantitativo de datos cualitativos (pues implica convertir palabras o imágenes en números).

En la ciudad de la Habana, Cuba, hicimos dos recolecciones sucesivas de datos, en septiembre y octubre de 2008: en la primera fase con la técnica de listados libres (*free list*) y en un segundo momento con la técnica de sorteo de montones (*pile sort*).

Participaron 19 mujeres en cada una de las fases. La muestra y el tamaño de la misma en cada contexto se basaron en el supuesto del modelo de consenso

cultural de Romney, Weller y Batchelder<sup>19</sup> para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más).

Romney y Weller<sup>20</sup> sugieren un tamaño mínimo de informantes para clasificar 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistadas fue propositiva;<sup>21</sup> los criterios de inclusión fueron: ser mujeres con profesión en el área de la salud y mayores de edad.

Las edades de las mujeres entrevistadas fluctuaban de los 20 a los 59 años, con promedio de 31.5 años. Dos de ellas de profesión médica y 17 profesionales de la psicología, las cuales tenían de 2 meses a 24 años de ejercer su profesión y 10 de ellas conocía a alguna persona con VIH/SIDA.

Las entrevistas se efectuaron en las instalaciones de un hospital en la ciudad de la Habana, sitio en el que se impartía un curso de actualización en el área de investigación.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de VIH/SIDA. En la Antropología Cognitiva se entiende por dominio cultural el conjunto de palabras o frases que, en distintos niveles, hacen referencia a una esfera conceptual específica.

En la primera fase se aplicó la técnica de listados libres,<sup>22</sup> que consiste en pedir a las informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular; en este caso las siglas: VIH/SIDA.

Obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención y orden de aparición, lo que permitió escoger los primeros 20 términos y generar el instrumento de recolección para

el sorteo de montones, que se aplicó en la segunda etapa del estudio. Un segundo análisis consistió en que, una vez tabuladas las respuestas que dieron las participantes, se agruparon las palabras por categorías: descriptivas, prácticas y atributos.

Los elementos descriptivos del concepto de VIH/SIDA se clasificaron en:

- a)** léxico (sinónimos del término),
- b)** composición (elementos que conforman el concepto de VIH/SIDA) y
- c)** vecindad (otras palabras relacionadas).

Las prácticas se clasificaron en acciones y funciones. Y por último los atributos (adjetivos o calificativos).<sup>23</sup>

El sorteo de montones consistió en elaborar tarjetas para cada uno de los 20 términos resultado de los listados libres y pedir a las informantes que formaran grupos o pilas de tarjetas que contuvieran los términos más parecidos, sin importar el número de agrupaciones o montones generados. Después se les pidió que etiquetaran cada montón con una palabra que identificara el conjunto de las tarjetas seleccionadas.<sup>24</sup>

Los datos generados en las dos fases de recolección fueron tabulados en matrices, palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitud. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales.

En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo con la similitud percibida por las informantes.

El grado de similitud entre palabras se expresó en un gráfico como diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas.

Con esta técnica se calculó el valor de stress como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la

suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. Sturrock y Rocha<sup>25</sup> sugieren un valor de corte de stress menor a 0.28; mientras Linares<sup>26</sup> califica 0.2 como pobre, 0.1 regular, 0.05 bueno, 0.025 excelente y 0.0 perfecto.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales. Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para ello se realizaron análisis factoriales de los componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas.

El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los y de las informantes. Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado ANTHROPAC v. 4.1.<sup>27</sup>

Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a las informantes la confidencialidad y el anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de las entrevistadas se sujetó a su aceptación voluntaria.

## Resultados

### Listados libres

Las palabras mencionadas por las participantes como sinónimos de VIH/SIDA consistieron en señalarlo, en términos simples o generales, como enfermedad, padecimiento y virus.

En lo que respecta a la composición del concepto, se expresó como símbolo de vida y muerte (una de ellas dijo: "irremediablemente conduce a la muerte"); además de algunos de los síntomas que se presentan a largo plazo ("al afectar el sistema nervioso inmunológico son o están vulnerables ante agresiones del medio"). En cuanto a otras palabras relacionadas, se hizo referencia a algunos

de los modos de prevención y de transmisión de la enfermedad; así como términos afines para alguno de estos casos (“con el condón se evita la transmisión de esta enfermedad”).

En este último apartado se dijeron también palabras que de manera popular siempre han sido asociadas al contexto de esta enfermedad (una de ellas dijo: “amor, debe ser lo primero que se debe pensar antes de desprotegerse”); o también fue el caso de asociarlo exclusivamente al ámbito sexual (“es la vía principal por la que se adquiere el virus”).

En el apartado de acciones se hicieron referencia a los programas educativos en salud (prevención, edu-

cación y cuidado: “el protegerse evita que se transmitan las enfermedades de transmisión sexual”); así como aspectos negativos (riesgos y actitudes como la responsabilidad: “controlar la enfermedad depende de la responsabilidad individual”). En cuanto a las funciones del término se señalaron en su mayoría aspectos negativos (emociones, rechazo social, estigma) y sólo unos pocos positivos (esperanza y reflexión).

Los atributos asignados plantean a esta enfermedad como un desafío (“es un reto en todas las esferas de la vida, en lo personal, social y pone en peligro toda la humanidad, su supervivencia”); una situación irremediable (“aun no hay cura conocida”) y algo cercano a sus vidas.

**Tabla No. 1**

**Palabras obtenidas en los listados libres sobre el concepto de VIH/SIDA en el grupo de Psicólogas de la Habana, Cuba, Septiembre 2008**

<b>DESCRIPTIVOS</b>		<b>Términos</b>
Léxico	Enfermedad Padecimiento	Virus
Composición	Dolor Debilidad	Vida Muerte
Vecindad	Amor Condón Sangre	Sexo Sexual
<b>PRÁCTICAS</b>		
Acciones	Apoyo Ayuda Derecho a cuidarse Educar Prevención Irresponsabilidad Transmisión Límite	Aprendizaje Comprensión Descuido Proteger Lucha Riesgo Promiscuidad Problemas
Funciones	Cambio Confusión Sufrimiento Impotencia Miedo Destrucción Depresión Esperanza Estigma Rechazo Resignación	Transformaciones Ansiedad Tristeza Inseguridad Pérdida Sombras Desesperanza Reflexión Prejuicios Segregación
<b>ATRIBUTOS</b>		
	Reto Incurable	Cercano

Fuente: Listados libres

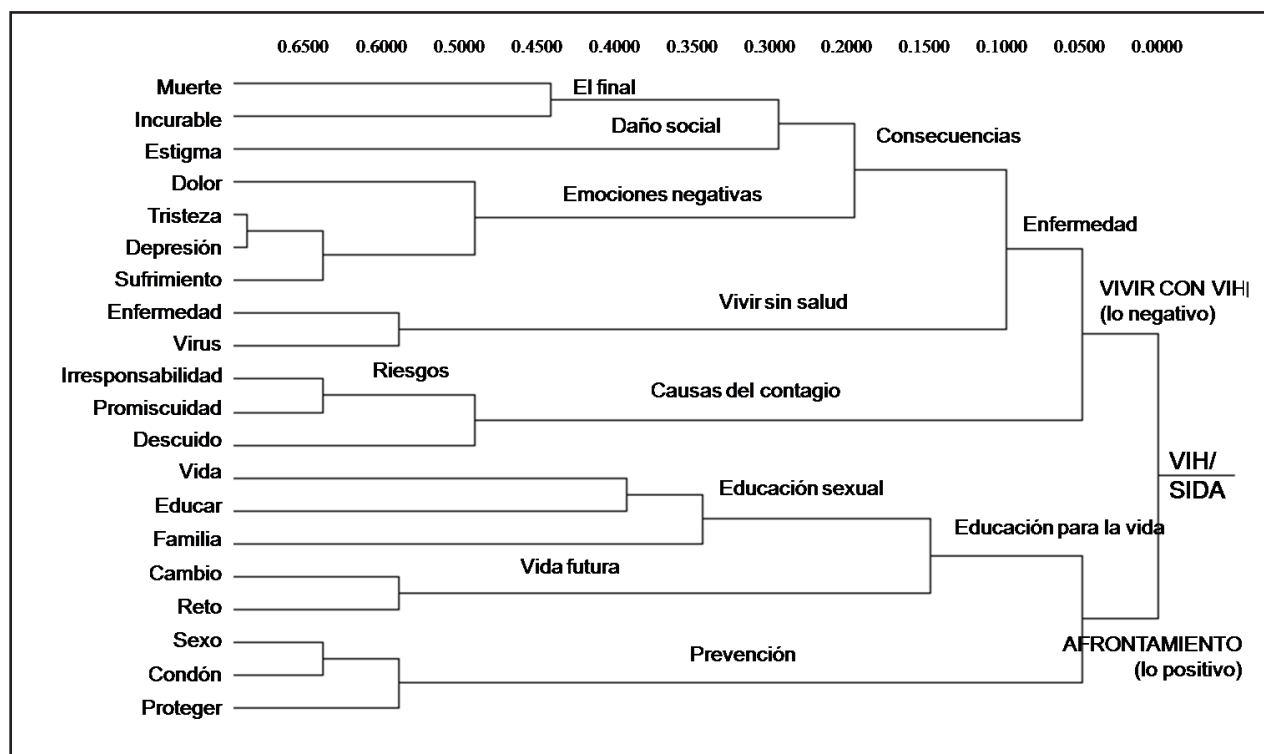
## Dimensiones conceptuales VIH/SIDA

En la figura No. 1 se muestran las dimensiones encontradas mediante análisis de conglomerados. Éstas se clasificaron de acuerdo con dos puntos de vista establecidos por los participantes: negativo (vivir con VIH) y lo positivo (el afrontamiento) y de padecer esta enfermedad.

La dimensión de vivir con VIH incluyó dos subdimensiones: una la enfermedad como tal; dividida a su vez en consecuencias (incluyó el final, el daño social y las emociones negativas: “En consulta tengo un paciente que está pasando por esto y lo veo muy deprimido”; “al inicio de la enfermedad el sujeto se siente perdido, apartado”) y vivir sin salud (incluyó enfermedad y virus). Y la segunda subdimensión fue las causas de contagio (esta última incluyó los riesgos como irresponsabilidad, promiscuidad y descuido).

En la dimensión de afrontamiento (una participante indicó: “es una oportunidad para ser mejores personas y también para la sociedad y es una consecuencia de pruebas también sociales”). Aquí identificaron dos subdimensiones que corresponden a dos áreas relacionadas con la promoción de la salud. En la primera de ellas se aborda el tema de la educación sexual (vida, educar, familia: “educar es algo importante para prevenir”); vida futura (cambio, reto: “el VIH/SIDA impone cambios en nuestra vida, en nuestros proyectos. Todos estamos sujetos a cambios, pero las personas con VIH/SIDA, como las otras enfermedades crónicas, muchos más tienen que hacer cambios bruscos y radicales en su estilo de vida”). La segunda subdimensión fue prevención (incluyó sexo, condón y proteger).

**Figura No.1**  
Dimensiones del concepto de VIH por conglomerado jerárquicos en el grupo de Psicólogos de La Habana, Cuba, septiembre 2008



Fuente: Sorteo de Montones

**Tabla No. 2**

**Niveles de consenso cultural sobre el término VIH en el grupo de Psicólogas (Expresados en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal)  
La Habana, Cuba, Septiembre 2008.**

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural* Media DE	Concordancia grupal**
Mujeres (n = 20)	10.971	84.7	1.170	93.7	9.375	0.735	0.093
<b>DE: desviación estándar</b> <b>** Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.</b> <b>** Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado</b>							

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

### Consenso cultural sobre la concepción del VIH

En la tabla No. 2 se presenta la organización conceptual de las distintas dimensiones del concepto de VIH que mostró consenso cultural pues alcanzó un nivel de razón = 10.971. Como ya se mencionó antes la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en este caso (9.375 veces mayor). El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% (84.7) y la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0.6 (0.735) confirmando esos valores el consenso cultural. El valor mayor a 0.3 en la medida de acuerdo grupal (0.540) describe homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

### Discusión

El objetivo propuesto de explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba fue cubierto. Las participantes conceptualizaron al padecimiento de VIH/SIDA como una enfermedad que lleva implícita la vida y la muerte, ocasionada por prácticas irresponsables en la esfera sexual. Identificaron para los contagiados una serie de cambios negativos en lo físico y lo emocional, así como el rechazo social. Para ellas como profesionales, dicho problema de salud implica las acciones sanitarias de prevención, educación y cuidado de las personas.

En las dimensiones encontradas dentro de esta conceptualización sobresalen dos visiones complementarias. Una centrada en la percepción social del padecimiento dentro de un contexto cultural específico y, la otra, refleja el oficio de las profesionales como agentes preventivos de la enfermedad.

La primera coincide con lo encontrado en estudios sobre las creencias en torno al VIH/SIDA, difundidas y compartidas por diferentes grupos poblacionales. Como es la asociación de la enfermedad con el final inevitable de la muerte física, la muerte social o rechazo social, así como una causalidad centrada en las acciones irresponsables por parte de los enfermos, donde se señalan prácticas sexuales de riesgo. Este componente es por demás interesante, pues si bien en Cuba se cuenta con una formación más completa en el tema que en otros países<sup>28</sup> esto no impide que las imágenes estereotipadas en torno al problema se hayan globalizado. La asociación de la enfermedad con la muerte se ha encontrado en diversos estudios realizados en México.<sup>29, 30, 31</sup> Ello a pesar de que en la actualidad con la terapia retroviral ha dejado de considerarse una enfermedad mortal para ser una enfermedad crónica, al prolongar la vida y disminuir la sintomatología en forma indefinida.

El señalar las conductas riesgo como causa del contagio implica, en alguna medida, un proceso de

estigmatización del padecimiento, al visualizar la enfermedad como producto de la irresponsabilidad personal, resultado de conducta impropia o inmoral.<sup>32</sup> Dicha estigmatización obedece a un mecanismo social de compensación frente a las amenazas a la norma y a los valores reconocidos por la comunidad que genera el VIH/SIDA. El estigma crea un efecto de coerción y legitimación de principios morales al atribuirles culpabilidad y rechazo.<sup>33</sup>

La segunda de las dimensiones de la conceptualización del VIH/SIDA señala las funciones de las profesionales de la salud en el campo de la prevención del contagio del VIH/SIDA. Se incluyeron elementos de prevención primaria, como la educación para la vida en general; la educación sexual en particular y la promoción de la protección. Asimismo se citaron elementos de prevención secundaria como el acompañamiento de los enfermos en los cambios que se presentan en su vida, lo cual consideran un reto para su campo profesional.

Esto lleva a concluir que las participantes están ubicadas en cuanto a su participación como profesionales de la salud y refleja el ejercicio profesional que ya desarrollan. Es necesario que en el proceso de esta atención se trabaje con dichas profesionales, para combatir los estereotipos en torno al padecimiento que son llevados por los discursos, transmitidos en los mensajes e imágenes de los medios de comunicación, cristalizados en las conductas y disposiciones materiales o espaciales (por ejemplo elementos informativos, cognoscitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etcétera).<sup>34</sup> Por ello, cabe cuestionar el papel que los medios masivos de comunicación han tendido en la generación de dicha asociación, donde el sector salud ha tenido implicaciones, pues se ha manejado a la muerte como una de las formas de prevención del SIDA (como un efecto consecuente del mismo). Así se hace una manipulación de la información más bien de tipo moral que de tipo médico científico.

En cuanto a las aportaciones metodológicas de estudios de tipo cualitativo, el presente estudio aporta una forma de acercamiento científico a las concepciones culturales de la población, con estrategias de

recolección de información sencillas y más rápidas que las entrevistas tradicionales. Así se accede de una forma natural al punto de vista de los directamente implicados e implicadas.

Por otra parte, este trabajo muestra las limitaciones propias sobre los estudios del enfoque cognitivo donde se enfatizan los elementos cognoscitivos; mientras los niveles de análisis grupal, las prácticas y los procesos participativos no son considerados.

## Referencias bibliográficas

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) [Internet]. Switzerland: Report on the global AIDS epidemic. Status of the global HIV epidemic. 2008 - [Visitado en 2009 marzo 19]. Accesible en: [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp211\\_234\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp211_234_en.pdf).
2. Ibídem.
3. Brito G, García X, Iraizoz A, Jiménez J. Conocimientos y creencias de una población cubana sobre el VIH/SIDA desde un enfoque bioético. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [Internet]. 2006; [Visitado en 2010 enero 6]; 22 (4). Accesible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_4\\_06/mgi06406.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi06406.htm)
4. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI. [Internet]. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Cuba 2008 Update. [Visitado en 2009 marzo 19]. Accesible en: [http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008\\_CU.pdf](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_CU.pdf)
5. González J, Herrera D, Herrera M. Comportamientos y conocimientos sexuales relacionados con VIH/SIDA en postgrado. Revista Psicogente. Universidad Simón Bolívar, 2006 junio; 9(15): 146-156.
6. Vera L, López N, Ariza N, Díaz L, Florez Y, Franco S, et al. Asociación entre el área de estudio y los comportamientos frente a la transmisión de VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colombia Médica, Médica, 2004; (35): 62-68.
7. Opus cit. No.3
8. Yero L, Hernandez G, Rodriguez T, Mustelie N, Bernal J. Percepción de riesgo de VIH/ITS/SIDA entre estudiantes cubanos y extranjeros. F.C.M. Sancti Spíritus. 2003. Parte II. Gaceta Médica Espirituana [Internet]; 2003. [Visitado en 2010 enero 6]; 5(2). Accesible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.\(2\)\\_05/p5.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.(2)_05/p5.html)

- 9.** Infante C, Zarco A, Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México *Salud Pública de México*, 2006 marzo-abril; 48(2): 141-150.
- 10.** Ruiz Y, Cintrón F, Varas N. AIDS-Related Stigma and Health Professionals in Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología. Interamerican Journal of Psychology*, 2007, 41(1): 49-56.
- 11.** Opus cit. no. 5
- 12.** Opus cito. No. 6
- 13.** Opus cit. no. 3
- 14.** Opus cit. no. 8
- 15.** Opus cit. no. 9
- 16.** Opus cit. no. 10
- 17.** Rossi I, O'Higgins E. *Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos*. Barcelona: Anagrama; 1981.
- 18.** Bernard HR. *Research Methods in cultural Anthropology*. Newbury Park: Sage Publications; 2006. 299-317 p.
- 19.** Romney A, Batchelder WH, Weller SC. Recent Applications of Consensus Theory. *Am. Behav. Sci.*, 1987; 31: 163-177.
- 20.** Weller SC, Romney AK. *Systematic Data Collection*. Newbury Park (CA): Sage Editorial; 1988.
- 21.** Arcury T, Quandt S. *Qualitative Methods in Arthritis Research: Sampling and Data Analysis*. *Qualitative Methods*, 1998; 11 (1): 66-74.
- 22.** Opus cit. no. 11
- 23.** Ruiz J, Ponce de León E, Herrera A. *Avances en Medición y Evaluación en Psicología y Educación: Cinco Lecturas Selectas*. Bogotá, Universidad del Bosque; 2001.
- 24.** Opus cit. no. 11
- 25.** Sturrock K, Rocha J. A Multidimensional Scaling Stress Evaluation Table. *Field Methods*, 2000; 12:49-60.
- 26.** Linares G. Escalamiento multidimensional: Conceptos y enfoques. *Revista Investigación Operacional*, 2001; 22, 2: 173-183.
- 27.** Borgatti S. *ANTHROPAC 4.0*. Natick, MA: Analytic Technologie, 1996.
- 28.** Opus cit. no. 8
- 29.** Flores-Palacios F, Leyva R. Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2003; 45: 624-631.
- 30.** Caballero R, Villaseñor A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: Consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 2003; 45: 108-114.
- 31.** Lozano A, Torres T, Aranda C. Concepciones culturales de VIH/SIDA de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 2008, 6 (2): 739 – 768.
- 32.** Parker R, Aggleton P. *HIV/AIDS-related Stigma and discrimination: A conceptual framework and an Agenda for Action*. Washington: The population Council; 2002.
- 33.** Gilmore N, Somerville M. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming “them” and “us”. *Social Science and Medicine*, 1994; 39: 1339-1358.
- 34.** Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós; 1993. 469-494 p.

# Conocimientos, riesgos y daños sobre salud en estudiantes de la Universidad Veracruzana

## Knowledge, risks and damages on the health of students at Universidad Veracruzana

Josefina Aguirre Martínez\*

Francisco Domingo Vázquez Martínez\*

### Resumen

El objetivo general de esta investigación fue explorar los conocimientos, riesgos y daños de estudiantes universitarios sobre enfermedades infecciosas y crónico degenerativas; salud sexual y reproductiva; salud mental; adicciones; accidentes y violencias. Se realizó un estudio exploratorio, no experimental y transversal, en estudiantes de la Licenciatura en Pedagogía de la Universidad Veracruzana, región Xalapa. Los datos se obtuvieron mediante un cuestionario elaborado a partir de los contenidos relacionados con educación para la salud, comprendidos en los programas de educación básica de México (preescolar, primaria y secundaria) y validado mediante expertos.

Se utilizaron las estadísticas descriptivas para presentar los resultados y la correlación de Spearman para conocer la relación entre conocimiento, riesgos y daños. La población estudiada obtuvo una calificación promedio de 77.9 (en una escala de 0 a 100) en el apartado de conocimientos; corre aproximadamente la tercera parte de las conductas de riesgo estudiadas y 97% ha tenido daños a la salud, entre los que destacan caries, estrés y enfermedades respiratorias. No se encontró correlación significativa entre el nivel de conocimientos y el número de conductas de riesgo asumidas. Parece ser que el conocimiento, por sí solo, no es suficiente para que las personas perciban los riesgos a su salud y dejen de correrlos ( $p > 0.01$ ); sin embargo, el daño es un factor determinante para percibir el riesgo ( $p < 0.01$ ). Con los resultados obtenidos hay elementos que justifican la búsqueda de formas diferentes de educación para la salud e incorporarlas a la educación integral que se ofrece en el nivel universitario.

### Abstract

The general purpose of this survey was to explore the knowledge, risk factors and damage on the health of university students such as infectious and chronic-degenerative diseases, sexual and reproductive health, mental health, drug abuse, accidents and violence. An exploratory co-relational non-experimental cross-sectional design study was carried out on university students. As a primary population of study, this research was conducted at the Pedagogy School of the Universidad Veracruzana, campus Xalapa in Veracruz. Data were obtained through a questionnaire designed from the curricular contents related to health included in the program of basic education in Mexico (kindergarten, preschool, elementary school and junior high) and were validated by experts.

Descriptive statistics were used to introduce the results. Spearman's correlation was used to know the relationship among knowledge, risk factors and damage. Individuals selected for the study obtained an average score of 77.9 (based on a 0-100 scale) in the knowledge section, meaning one third of the risk behaviors studied and 97% of the individuals has suffered from damage in their health, being caries activity, stress and respiratory diseases the most remarkable damaging factors. No significant correlation was found between the knowledge level and the number of risk behaviors assumed. Seemingly, knowledge itself is not enough for people to perceive the risks and try to avoid them ( $p > 0.01$ ). However, damage is a determining factor to perceive risks ( $p < 0.01$ ). According to the results, there is enough evidence to justify the searching of the new and more effective health education, strategies in order to incorporate them into integral education model offered at university level.

\*Investigadores del Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana, joaguirre@uv.mx; dvazquez@uv.mx.



» **Palabras clave:** Conocimientos, riesgos y daños a la salud en estudiantes universitarios, estudiantes Universidad Veracruzana, formación integral, educación para la salud.

» **Key words:** Knowledge, risks and damage on the health of university students, students Universidad Veracruzana, integral education, health education.

## Introducción

En México, los programas educativos de nivel básico (preescolar, primaria y secundaria) consideran en todos los grados temas de educación para la salud. Éstos, por lo general, no tienen continuidad en niveles educativos superiores al darse por hecho que los jóvenes aprenden a cuidarse durante los primeros años de escolaridad y que con ello es suficiente.

En el caso concreto de la Universidad Veracruzana se ofrecen experiencias educativas optativas relacionadas con la salud; sin embargo, la educación para la salud no forma parte de la educación integral en ninguno de los modelos educativos existentes. También se da por sentado que el puro conocimiento sobre la salud que adquirieron en la educación básica es suficiente para que dejen de correr riesgos a la salud y eviten daños.

Con base en estas observaciones, el objetivo general de este trabajo fue explorar los conocimientos, las conductas de riesgos, la percepción de los riesgos y los daños de los estudiantes universitarios sobre enfermedades infecciosas, crónico degenerativas, salud sexual y reproductiva, salud mental, adicciones, accidentes y violencias. De este objetivo central, se desprendieron las interrogantes siguientes: ¿Qué tanto saben los estudiantes universitarios sobre los temas relacionados con la salud que se imparten en los niveles de educación básica en México? ¿Qué tanto se perciben los estudiantes universitarios en riesgo de estar padeciendo una enfermedad o de padecerla en un futuro? ¿Qué tanto corren riesgos los estudiantes universitarios? ¿Qué conductas de riesgo corren los estudiantes universitarios? ¿Qué daños han sufrido sobre su salud? y ¿Qué uso hacen de los servicios de salud? Por otro lado, se exploró la relación del

conocimiento sobre salud con las conductas de riesgo, la percepción de riesgo y los daños a la salud. Existen antecedentes de estudios similares en la Universidad Nacional Autónoma de México;<sup>1</sup> en la Universidad de los Andes;<sup>2</sup> en Argentina;<sup>3</sup> en Estados Unidos sobre escuelas saludables;<sup>4</sup> de educación para la salud;<sup>5</sup> así como de prevención y promoción para la salud,<sup>6</sup> por mencionar algunos.

## Metodología

Se construyó un instrumento con base en los temas relacionados con la educación para la salud que se cursan en los niveles preescolar, primaria y secundaria en México. Para ello se revisaron los planes y programas de estudio correspondientes a esos niveles.

En preescolar se identificó que los temas relacionados con la salud se dividen en tres grandes bloques: Bloque I. La nutrición en la salud y en el desarrollo de los niños; Bloque II. Enfermedades y accidentes frecuentes durante la infancia: prevención, señales de alarma y atención; y Bloque III. La educación preescolar y la promoción de la salud infantil.<sup>7</sup>

En primaria, en general, los temas que se estudian se agrupan en grandes apartados: el cuerpo humano, sus funciones y su cuidado; higiene; cuidado personal y saneamiento del medio ambiente; nutrición y alimentación; educación sexual y reproductiva; adicciones; y aspectos sociales y salud.<sup>8-15</sup>

En secundaria se abordan temas sobre salud dentro de los aspectos fundamentales de algunas materias como Biología (los seres vivos; los ecosistemas y la problemática ambiental; salud y alimentación; reproducción humana; enfermedades y su prevención). Química (la química y tú). Orientación Educativa (respondiendo a la pregunta ¿cuál es mi responsabilidad ante la salud, sexualidad y las adicciones?; responsabilidad y toma de decisiones; madurez emocional; prevención de adicciones). Física (la acústica y la óptica). Y civismo (adolescencia y juventud; salud y enfermedad; adicciones; juventud y proyectos; participación en la sociedad; respondiendo a la pregunta ¿con quién convivo?).<sup>16-22</sup>

El instrumento utilizado fue un cuestionario, cuya validación la realizaron profesores, directivos y supervisores de educación básica en Veracruz, con experiencia en el manejo de los contenidos educativos en cada nivel.

En el cuestionario se consideraron los siguientes apartados: a) Datos generales en el cual se recolecta información sobre las variables. b) Conocimientos generales, refiriéndonos a ellos en este estudio como el dominio de contenidos teóricos sobre temas de educación para la salud que se supone debería poseer cualquier persona habiendo cursado la educación básica en México. c) Percepción del riesgo, entendiéndolo en este estudio como la apreciación que las personas hacen sobre la posibilidad de que una conducta los lleve a enfermar o sufrir algún tipo de accidente o daño, ya sea en un futuro próximo o lejano. d) Permisión de conductas de riesgo, esto es el asumir conductas de riesgo de manera voluntaria. e) Daños a la salud se entienden en este estudio como el deterioro a la salud que hayan sufrido los estudiantes. f) Uso de servicios de salud, relacionado con las características de la atención médica a la que los estudiantes tienen acceso y la forma en que suelen utilizarla.

La sección de Conocimiento sobre salud consiste en una evaluación acerca de la información que los jóvenes universitarios han adquirido a lo largo de su educación formal, pues cada uno de los reactivos refieren a contenidos específicos vistos en los programas de educación básica en México (niveles preescolar, primaria y secundaria). Los reactivos son preguntas cerradas con opción de respuesta sí/no, no lo sé. Se buscó equilibrar el número de preguntas con respuesta correctas tanto positivas como negativas dando un total de 85 reactivos sobre los siguientes temas: Estilos de vida; Uso de servicios de salud; Salud sexual y reproductiva; Hábitos de alimentación e higiene; Enfermedades infecciosas; Enfermedades crónicas degenerativas; Adicciones; Salud mental; Accidentes y primeros auxilios y, por último, Uso de servicios de salud.

En el apartado de Conductas de riesgo los reactivos son preguntas cerradas con opciones de sí o no, en las cuales la persona debe señalar la respuesta

que mejor la describa, dando un total de 62 reactivos, que cubren los mismos temas que el apartado de Conocimientos.

En el apartado de Daño los reactivos se presentan en dos columnas con preguntas cerradas con opciones de sí o no. En una columna se pide que se identifiquen los casos en que las enfermedades o situaciones descritas le han ocurrido o le están ocurriendo actualmente; y en la segunda columna si cree que le ocurrirían en el futuro las enfermedades o situaciones descritas, dando un total de 25 reactivos, que exploran los mismos temas que los apartados de Conocimiento y Conductas de riesgo.

La lógica del instrumento es relacionar un mismo tema en los apartados de Conocimiento, Conducta de riesgo y Daño. Esto es, se explora si existe el conocimiento sobre un tema (por ejemplo, si sabe que el fumar causa daño a la salud); si se presenta la conducta de riesgo (por ejemplo, si la persona fuma); y si existe daño (por ejemplo, cáncer de pulmón o enfisema).

El instrumento se aplicó en estudiantes de la Licenciatura de Pedagogía de la Universidad Veracruzana, región Xalapa. Se tomó una muestra estratificada aleatoria de 30% de la población de alumnos, de experiencias educativas iniciales y terminales.

Se utilizaron las estadísticas descriptivas para presentar los resultados y la correlación de Spearman para conocer la relación entre conocimiento, riesgos y daños.

## Resultados

Se estudiaron 181 alumnos de los que 141 eran mujeres y 40 hombres. La edad promedio fue de 21.3 años (D. E. 6.35 años); 95.5% solteros, con un peso promedio de 59 Kgs. (D. E. 11.4 kg.); y estatura de 1.60 mts. (D. E. 8.09 cm).

En cuanto a Conocimiento, en una escala de 0 a 100, la población estudiada obtuvo una calificación promedio de 77.0: la calificación máxima fue de 97.6 y la mínima de 52.9. El tema en el que los alumnos obtuvieron la

calificación más alta fue en el Estilo de vida, seguido por el de Uso de servicios de salud, además el tema de Salud sexual reproductiva fue el que obtuvo la calificación más baja.

Si consideramos que la calificación aprobatoria es de 60 de las respuestas correctas los resultados obtenidos en general fueron buenos, pues en promedio la muestra alcanzó una calificación aprobatoria. Sin embargo, en los diferentes rubros en que se subdividió este apartado muestran calificaciones altas y bajas, siendo así que en lo tocante al tema de Hábitos de alimentación e higiene, 89.5% de la muestra respondió aceptablemente. En el de Enfermedades infecciosas la población aprobada (>60) alcanzó un porcentaje de 79.2% y aún sigue siendo la mayoría quien respondió adecuadamente. En Enfermedades crónico degenerativas se observó que 73% de la muestra total tenía conocimientos acerca del tema. En Salud sexual y reproductiva el 64.8% de la población conocía sobre éste. En adicciones, 78.8% de la población tenía conocimiento. 87.1% de la población estudiada sabía acerca de Salud mental. 68.2% de la población supo acerca de Accidentes y primeros auxilios. Por

último, 88.3% tenía conocimientos sobre el uso de Servicios de salud.

Se observa que los rubros con calificaciones más bajas corresponden a Salud sexual y reproductiva, así como en Accidentes y primeros auxilios; aunque poco más de la mitad de la muestra tiene conocimientos de éstos, resultan ser los apartados en los que arriba de 30% de la población desconoce de los temas. Este dato se debe destacar, ya que es en el ritmo de vida universitaria cuando se comienza generalmente a tener una vida sexual activa.

Las Conductas de riesgo se presentaron en toda la población estudiada. El riesgo promedio fue de 29.7%. Esto es, en promedio los sujetos corren poco menos de una tercera parte del riesgo total al que se pueden exponer según el cuestionario. El riesgo más alto se corre en Enfermedades infecciosas (63%) y el menor en Enfermedades de transmisión sexual (16.6%). En el Cuadro 1 se observa que el riesgo al que más sujetos se exponen es el contacto con personas resfriadas y el menor es el de manejar en estado de ebriedad.

**Cuadro 1. Porcentaje de la población con exposición absoluta y frecuente a la conducta de riesgo.**

<b>Conducta de RIESGO</b>	<b>Exposición absoluta (por lo menos una vez en su vida)</b>	<b>Exposición frecuente (Casi siempre-siempre)</b>
No sigo un horario para comer	93.3	36.4
Como en puestos de la calle	91.1	18.2
Agrego sal a mis alimentos	80.6	42.5
Como alimentos abundantes en grasa	88.3	29.2
Ingiero productos chatarra	92.8	36.4
Tomo refresco	92.8	40.3
Dejo de comer, incluso lo indispensable, para conservar la figura	22.6	4.9
Tomo laxantes para conservar la figura	4.9	0.0
Vomito después de comer	4.4	1.1
No me lavo las manos antes de comer	25.9	1.6
No me lavo los dientes después de comer	34.2	2.7
Paso más de 8 horas diarias sentado (a)	79.5	47.5
No hago ejercicio	94.4	61.4
Estoy expuesto a cambios bruscos de temperatura	94.4	59.1
No evito el contacto con personas resfriadas	98.3	83.9

Tengo relaciones sexuales casuales sin protección	18.2	2.7
Ingiero bebidas alcohólicas a cualquier hora	8.8	1.1
Fumo uno o más cigarrillos diarios	19.3	7.1
Fumo para relajarme	19.3	7.7
No uso el cinturón de seguridad	70.1	35.3
Manejo en estado de ebriedad	3.3	0
Me subo al coche de alguien que maneja ebrio	25.9	1.6
No atravieso las calles por la zona peatonal	53.5	12.1
Consumo medicamentos sin receta médica	69.6	12.7

Fuente: Encuesta realizada por los investigadores a través del Cuestionario de Conocimientos, Riesgos y Daños sobre Salud en Estudiantes Universitarios, elaborado por los mismos.

La gran mayoría de los sujetos (98.00%) percibe que puede enfermar o padecer de algo en algún momento de su vida futura. En promedio los sujetos perciben que pueden tener 7 (28.5%) de las 25 entidades patológicas consideradas en el cuestionario. La percepción del riesgo es mayor en Enfermedades infecciosas (66.5%) y en Accidentes (41.5%). La menor percepción de riesgo está en Salud sexual y reproductiva (12%).

La mayor percepción de enfermar se da con el estrés, las enfermedades respiratorias y la caries; la menor

con la anorexia, el intento de suicidio y las adicciones. En cuanto a percepción del riesgo de enfermar resalta que 4 sujetos (0.02%) no perciben algún riesgo de enfermar. (Cuadro 2.)

La gran mayoría de la población estudiada ha tenido o tiene daños a la salud (97%) y ha padecido, en promedio, 4 de las 25 entidades preguntadas. Los daños más frecuentes se deben a la caries, el estrés y las enfermedades respiratorias. Los daños por cáncer y adicciones son pocos (1.1%) y no hay reporte de daño por VIH-Sida. (Cuadro 2.)

**Cuadro 2. Proporción (%) de la población estudiada con daño, con percepción de riesgo de enfermar y con conocimiento de salud al caso.**

PROBLEMA/ ENFERMEDAD / DAÑO	% Con conocimiento sobre salud al caso	Con percepción de riesgo de enfermar	Con daño
1. Caries	99.4	67.2	71.1
2. Obesidad	66.0	31.1	22.7
3. Anorexia	98.8	4.4	1.6
4. Bulimia	94.0	6.1	2.2
5. Enfermedades respiratorias	97.7	71.6	53.3
6. Enfermedades gastrointestinales	97.7	62.7	48.3
7. Diabetes	75.6	45.0	4.4
8. Hipertensión	83.4	35.0	3.8
9. Enfermedades del corazón	97.2	35.5	2.7
10. Cáncer	74.5	29.4	1.1
11. Infección de transmisión sexual	89.5	10.55	2.2
12. VIH-SIDA	82.3	8.8	0.0

13. Embarazarse o embarazar a alguien sin desearlo	44.7	22.7	3.3
14. Aborto o que mi pareja aborte intencionalmente	44.7	6.1	2.2
15. Depresión	74.5	37.2	22.7
16. Estrés	78.4	73.8	67.2
17. Intento de suicidio	98.8	4.4	1.6
18. Alcoholismo	44.1	7.2	3.8
19. Tabaquismo	73.0	16.1	8.3
20. Adicción a drogas como la marihuana, cocaína, etc.	96.6	2.7	1.1
21. Accidente en casa	65.1	48.3	15.0
22. Accidente automovilístico	94.0	35.5	8.8
23. Discapacidad auditiva	88.3	41.1	16.6

FUENTE: Encuesta realizada por los investigadores a través del Cuestionario de Conocimientos, Riesgos y Daños sobre Salud en Estudiantes Universitarios, elaborado por los mismos.

En cuanto a los servicios de salud: 48% de la población estudiada acude a revisión médica por lo menos una vez al año y 65.7 % a consulta odontológica; 69.7% consume medicamentos sin receta médica; 76.7% de la población estudiada no sabe ofrecer primeros auxilios en caso de accidente; 87.9% de las mujeres no se realizan el Papanicolau por lo menos una vez al año y 25.5 % no se hacen autoexploración mamaria.

En el cuadro 3 se aprecia el coeficiente de correlación general entre las diversas variables estudiadas. Resalta la falta de correlación entre los conocimientos y las conductas de riesgo; así como entre los conocimientos y la percepción del riesgo de contraer enfermedades. En el extremo opuesto, es significativa la correlación entre la conducta de riesgo y la percepción del riesgo de enfermarse, así como entre la conducta de riesgo y el daño, y entre el daño y la percepción del riesgo.

**Cuadro 3. Correlación entre las variables estudiadas.**

<b>Variables</b>	<b>Correlación</b>	<b>Significancia</b>
Conocimiento-riesgo	0.058	n.s.
Conocimiento-daño	0.162	n.s.
Conocimiento-percepción del riesgo	0.099	n.s.
Riesgo-percepción del riesgo	0.329	< 0.01
Riesgo-daño	0.333	< 0.01
Percepción del riesgo-daño	0.358	<0.01

FUENTE: Encuesta realizada por los investigadores a través del Cuestionario de Conocimientos, Riesgos y Daños sobre Salud en Estudiantes Universitarios, elaborado por los mismos.

## Discusión

En cuanto a las respuestas a las interrogantes planteadas diremos que, en general, aunque los estudiantes conocen bastante acerca de los temas relacionados con la salud que se imparten en los niveles de educación básica en México, siguen corriendo riesgos a la salud y no se perciben en posibilidades de padecer daños; sólo se perciben en riesgo una vez que ya tienen el daño.

Para que los conocimientos sobre salud, adquiridos en la educación básica se pongan en práctica es necesario elaborar estrategias de educación y de comunicación que impacten lo suficiente a la población para que la muevan a un autocuidado de la salud. Además, se hace necesario que en la educación para la salud en todo nivel educativo se maneje un lenguaje pertinente a través de los medios de comunicación, que lleve a la población a percibir el riesgo que se corre de enfermar o morir no importando la edad. Si se hace conciencia de estos riesgos se pueden llegar a desarrollar hábitos que permitan tener un estilo de vida saludable.

La transmisión de los temas de educación en salud en los niveles educativos: preescolar, primaria, secundaria se califica de adecuada, pero insuficiente. Es necesario insistir en este tema a lo largo de toda la vida y poner énfasis en hacer conscientes a los estudiantes de los riesgos a los que están expuestos y los daños que tendrían en un futuro.

En la educación superior estas estrategias se llevarían a cabo a través de una experiencia educativa (“Educación para la salud”) obligatoria que se insertara en los planes de estudio, la cual englobaría, riesgos y daños de las patologías más comunes, enfatizando en el desarrollo de la percepción del riesgo. Para ello habría que elaborar programas de estudio tomando en cuenta los conocimientos sobre salud adquiridos por los estudiantes en los niveles de educación básica; además sería necesario incorporar temas no tocados por los programas de educación

básica y que además sean prioritarios conocer en la actualidad. Así desarrollarían en los estudiantes la cultura de la prevención y el autocuidado de la salud.

Nuestra conclusión es que aunque los estudiantes de nuestra investigación tienen los conocimientos sobre los temas y el cuidado de la salud, esto no influye para evitar conductas que los lleven a poner en riesgo su salud. Tampoco perciben el riesgo de enfermar en un futuro; sólo lo perciben si ellos ya tienen el daño, por lo que éste (el daño) es un factor determinante en la percepción del riesgo.

El puente entre los conocimientos sobre salud adquiridos en escuelas, las conductas saludables y la percepción de riesgo se tiene que construir en conjunto a través de una red que integre a la sociedad en general, la familia, las escuelas y los involucrados oficialmente en la Salud Pública. Todo ello mediante de la educación con proyectos de investigación, programas educativos y propuestas de comunicación en salud, educación en salud, participación social en salud y normatividad en salud, para que sea esta conjunción el camino que lleve a los estudiantes (en todos los niveles educativos) a una cultura del autocuidado de la salud y la prevención de la enfermedad y esto también contribuya a conformar en la Universidad Veracruzana una universidad saludable, como afirman Josefa Hipólito-Shepherd y Gro Harlem Brundtland: <sup>23-24</sup>

“La promoción y la educación para la salud son prioridades imperantes... son una inversión que toda sociedad debería hacer para generar e incrementar la capacidad creativa y productiva de todos los jóvenes y un futuro de la humanidad apoyado por una sociedad, saludable y pacífica.”

“El campo de la Organización Mundial de la Salud es la salud. Pero es claro que sin una adecuada educación, la salud sufre. Y sin una adecuada salud, una buena educación no es posible.”

## Referencias bibliográficas

1. Lopez-Bárceñas JJ. González COMG. Modelo Universitario de Salud Integral, en la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista de la Facultad de Medicina. 2005;48(6):224-31.
2. Henao J. La Prevención Temprana de la Violencia: Una revisión de Programas y Modalidades de Intervención. Pontificia Universidad Javeriana- Universidad de los Andes Colombia 2005.
3. Mas Colombo E. Risueño A. Motta I. Scarone M. Conocimiento de HIV/SIDA y Conductas de Riesgo en Estudiantes Universitarios de las Escuelas de Salud y Educación de la U.A.F.J.K. Universidad y Educación Triversitaria. Universidad Argentina John F. Kennedy 2004
4. O'Hara N. Kamal K. Chapman D. The West Virginia Education Assesment Project. J Sch Health. 2005;(6):193-98.
5. Mandel L, Qazilbash J. Youth Agents: Moving Beyond the Medical Model in School-Based Health center Practice. J Sch Health. 2005;75(7);239-42.
6. Fleming Ch. Do Social and Behavioral characteristics Targeted by Preventive Interventions Predict Standardized Test Scores and Grades? J Sch Health. 2005;75(9):342-49.
7. Programas y Materiales de Apoyo para el Estudio. Licenciatura en Educación Preescolar 5º semestre. Programa para la educación y el fortalecimiento académico de las escuelas normales. Septiembre 2005.
8. Secretaría de Educación Pública. Libro de actividades – Español segundo Grado. 4a. ed. México; 2004.
9. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales Quinto Grado. 3era. ed. México; 2001.
10. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales Tercer grado. 2a. ed. México; 2000.
11. Secretaría de Educación Pública. Español Tercer grado. 2a. ed. México; 2000.
12. Secretaría de Educación Pública. Veracruz Tercer grado. 2a. ed. México; 2000.
13. Secretaría de Educación Pública. Español lectura Primer grado. 3era. ed. México; 2001.
14. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales y Desarrollo Humano Sexto grado. 3era. ed. México; 2002.
15. Secretaría de Educación Pública. Ciencias Naturales Cuarto grado. 1era. reimp. México; 2001.
16. Secretaría de Educación Pública. Guía didáctica Segundo Grado. Asignaturas Académicas Telesecundaria. 3era. reimp. México; 1996. p. 184-197.
17. Secretaría de Educación Pública. Guía de aprendizaje Primer Grado Vol. II. Asignaturas Académicas Telesecundaria. 3era. reimp. México; 1997. p. 447.
18. Secretaría de Educación Pública. Conceptos básicos Primer Grado Vol. III. Asignaturas Académicas Telesecundaria. 2da. reimp. México; 1996. p. 459.
19. Secretaría de Educación Pública. Guía de aprendizaje. Formación Cívica y Ética. Primer Grado. Educación Telesecundaria. 1era. reimp. México; 2001. p. 125-163.
20. Secretaría de Educación Pública. Guía didáctica. Segundo Grado. Asignaturas Académicas Telesecundaria. 9a. reimp. México; 2003. p. 217-218
21. Secretaría de Educación Pública. Guía de aprendizaje. Formación Cívica y Ética. Tercer Grado. Educación Telesecundaria. 5a. reimp. México; 2004. p. 97-157.
22. Secretaría de Educación Pública. Guía didáctica. Tercer Grado. Asignaturas Académicas Telesecundaria. 9a. reimp. México; 2003. p. 83-87.
23. Josefa Hipólito-Shepherd, consejera Promoción de la Salud Regional y Educación para la Salud, OPS, Washington, D.C., EU. 2004
24. Dr Gro Harlem Brundtland, Director-General, OMS (2003)

# Factores preestablecidos que motivan el cambio de esquema y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral.\*

Predetermined factors motivating the schema change and adherence to antiretroviral therapy.

Vitale Enza\*\*

Wadskier Francis\*\*

Stranieri Mirna\*\*\*

Silva Ivana\*\*\*\*

Montagne \*\*\*\*\*

Mederos Saúl\*\*\*\*\*

.....»»

## Resumen

La correcta adherencia al Tratamiento Antirretroviral es uno de los factores más importantes para lograr la supresión efectiva y duradera de la replicación viral, así como la reconstitución inmunológica. Objetivo general: Determinar la influencia de los factores preestablecidos que motivan la frecuencia de cambio de esquema y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes VIH positivos que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA-Bárbula. Materiales y métodos: La investigación fue descriptiva, de carácter transeccional y correlacional. La muestra no probabilística, conformada por historias clínicas de 222 pacientes con cambio de esquema. Se utilizó una ficha para la recolección de datos, analizándose a través de la estadística descriptiva univariada. Resultados: La frecuencia de los factores fue Otros con 45.20%; Toxicidad Medicamentosa 28.80%; Intolerancia Severa 8.80%; Falla Viroológica 6.80%; Falla Inmunológica 6.40%; Criterio Clínico 3.20% e Interacción Medicamentosa 0.80%. El Número de Cambios fue 1±0 rango intercuartil, con frecuencia de 86.94% para un cambio y 0.45% 6 cambios. El grado de adherencia más frecuente fue Excelente con 81.08%; seguido por Regular 8.11%; Mala 7.66% y Buena 3.15%. Conclusiones: El factor con mayor frecuencia fue la Toxicidad Medicamentosa;

el número de cambios más frecuente fue un cambio; el mayor grado de adherencia fue el Excelente y la asociación de los factores con el número de cambios y de los factores con el grado de adherencia fue estadísticamente significativo en grado moderado.

## Abstract

The correct adherence to the Anti-retroviral Treatment is one of the most important factors to achieve the final objective of the treatment, which is the effective and lasting suppression of the viral replication, as well as the immunological reconstitution. General objective: To determine the influence of the pre-established factors that motivate the frequency of change of scheme and the adherence to the Anti-retroviral Treatment of the patients positive VIH who were present at the consultation of the CAI-ETS-SIDA-Bárbula. Materials and methods: the research was descriptive, of character transeccional and correlacional. The non probabilistic sample, shaped by clinical histories of 222 patients with changes of scheme. A card was in use for the compilation of information, being analyzed by the univariate descriptive statistics. Results: the frequency of the factors was Different with 45.20%;

».....

\*Realizado en: el Centro de Atención Integral de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (CAI-ETS-SIDA). Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD.) Bárbula. Estado Carabobo, Venezuela.

\*\*Médicas Cirujanas. Escuela de Medicina. Universidad de Carabobo, Venezuela.

\*\*\* Médica Infectóloga. Centro de Atención Integral de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (CAI/ETS/SIDA). Instituto Carabobeño para la Salud (INSALUD). Venezuela.

\*\*\*\*Médica Epidemióloga. Departamento de Salud Pública. FCS. Universidad de Carabobo, Venezuela. smirma61@hotmail.com e ivanasp@gmail.com.

\*\*\*\*\*Docente de Bioestadística-Demografía y Proyecto de Investigación. Departamento de Salud Pública. FCS. Universidad de Carabobo, Venezuela.

\*\*\*\*\*Médico de Salud Pública y Sexólogo. Departamento de Salud Pública. FCS. Universidad de Carabobo, Venezuela.



Toxicity Drugs 28.80%; Severe Intolerance 8.80%; Fault Virological 6.80%; Immunological Fault 6.40%; Clinical Criterion 3.20% and Interaction Drugs 0.80%. The Number of Changes was  $1 \pm 0$  range intercuartile, with a frequency of 86.94% for a change and 0.45% six changes. The degree of the most frequent adherence was Excellent with 81.08%; followed for Regulating 8.11%; Bad 7.66% and Good 3.15%. Conclusions: the factor with major frequency by was the Toxicity Drugs; the number of changes most frequent was one change; the major degree of adherence was the Excellent one and the association of the factors with the number of changes and of the factors with the degree of adherence was statistically significant in a moderate degree.

» **Palabras clave:** Pacientes VIH positivos, adherencia, factores preestablecidos, cambio de esquema y Tratamiento Antirretroviral.

» **Key words:** Patients positive VIH, adherence, pre-established factors, scheme changes and anti-Retroviral Treatment.

## Introducción

La disponibilidad cada vez mayor de un número creciente de fármacos antirretrovirales con mayor potencia y la combinación de los mismos en esquemas que favorecen la adhesión al tratamiento, modifican radicalmente el pronóstico de las personas que viven con VIH/SIDA. Éstas se enfrentan a esquemas combinados de tratamiento que incluyen variedad de efectos adversos; elevado número de comprimidos con diferentes programas de administración; regímenes dietéticos específicos; modificaciones en el estilo de vida; así como administración de por vida de medicamentos y terapias complementarias de muy alto costo.<sup>1</sup>

Dadas las características de la historia natural de la enfermedad y el comportamiento del VIH, la falla al tratamiento debe ser anticipada como parte de las estrategias de la terapia Antirretroviral. El origen o la formulación del problema surge a partir del conocimiento que existe acerca de la falta de adherencia al Tratamiento Antirretroviral por parte de los pacientes VIH positivos, lo cual debe considerarse

un problema que impide alcanzar la efectividad clínica, que puede conseguirse con los fármacos disponibles en la actualidad para el tratamiento de la infección por VIH.<sup>2</sup>

La correcta adherencia al Tratamiento Antirretroviral es uno de los factores más importantes para conseguir niveles terapéuticos adecuados en el paciente VIH y lograr así el objetivo final del tratamiento: la supresión efectiva y duradera de la replicación viral, así como la reconstitución inmunológica.<sup>1</sup> Los factores preestablecidos por el Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS), incluidos en el programa de SIDA/ETS, son: Criterio Inmunológico, Criterio Viroológico, Criterio Clínico, Toxicidad Medicamentosa, Intolerancia Severa e Interacciones Medicamentosas,<sup>3</sup> los cuales constituyen los elementos fundamentales, que le permiten al médico tratante establecer las decisiones terapéuticas de cambio de esquema de tratamiento en las diferentes situaciones clínicas.<sup>4</sup>

A más de 20 años de la primera descripción del VIH en el mundo, el panorama ha cambiado de modo importante, al mejorar la calidad de vida de los pacientes infectados por VIH. Entre los años 2001-2007, Pedreira I. y Col., de la Universidad de La Rioja, España, realizaron un estudio sobre el "Cambio del Tratamiento Antirretroviral en el paciente VIH", que evalúa los motivos de cambio de tratamiento y la casuística del cambio del Tratamiento Antirretroviral.<sup>5</sup>

Del 2002 al 2005 el estudio acerca del "Análisis de las causas y factores predictivos de discontinuación del tratamiento con tenofovir en pacientes VIH pretratados", realizado por Morillo R. y Col. en España, reveló la frecuencia de los factores que influyen en el cambio de esquema de tratamiento antirretroviral.<sup>6</sup>

Los Antirretrovirales (ARV) o TARGA (Terapia Antirretroviral de Alta Eficacia o de Gran Actividad), son fármacos diseñados con la finalidad de frenar o disminuir la replicación viral.<sup>7</sup> Dado que los índices de progresión de la enfermedad difieren entre los sujetos, las decisiones del tratamiento se deben individualizar en función del nivel de riesgo, indicado por la medida de los niveles plasmáticos de ARN del VIH, el recuento de linfocitos TCD4+ y la evolución clínica.<sup>8</sup> La medida más eficaz para lograr una supresión duradera de la replicación del VIH es el inicio con combinaciones

simultáneas de drogas eficaces, con las que el paciente no haya sido tratado y que no presenten resistencia cruzada con otros agentes antirretrovirales previamente usados.<sup>8</sup>

En la actualidad muchas personas infectadas por el VIH han fracasado en su primera opción terapéutica o en el transcurso de su tratamiento.<sup>9</sup> En todos los casos el cambio de antirretrovirales deberá considerarse en las siguientes condiciones:

1. Evidencia de fallo o ausencia de respuesta al tratamiento con progresión de la enfermedad, basada en parámetros clínicos, inmunológicos o virológicos.
2. Toxicidad o intolerancia al régimen terapéutico indicado.
3. Información contrastada que evidencie superioridad de un régimen terapéutico nuevo, frente al que sigue el paciente.
4. Características o manifestaciones clínicas secundarias al uso del Tratamiento Antirretroviral.

Cuando existe una falta de respuesta al tratamiento pautado, deberán evaluarse las posibles causas, en especial las derivadas del mal cumplimiento, lo cual lleva a una pobre adherencia.<sup>9</sup>

Antes de considerar un cambio terapéutico debido a un deterioro inmunológico, deberá validarse la disminución de linfocitos T CD4+, al menos con una nueva determinación separada una semana de la anterior.<sup>2</sup> Las recomendaciones para evaluar la respuesta a los antirretrovirales en los pacientes infectados, atendiendo a la cuantificación del ARN-VIH son:

- a) Considerar cambio de terapia si no se ha conseguido disminuir al menos tres veces (0,5 Log 10) la carga viral después de 4 semanas de tratamiento y menos de 10 veces (1,0 Log 10) después de 8 semanas; o
- b) Descender hasta niveles indetectables el ARN-VIH circulante después de 4-6 meses de tratamiento.

El intervalo de tiempo recomendable para evaluar la respuesta virológica dependerá de los niveles de ARN-VIH de los que se parten. Cuando la carga viral es elevada (>1.000.000 copias de ARN-VIH/ml), deben esperarse entre 8 y 12 semanas para evaluar la respuesta terapéutica. Cuando la carga viral de partida sea <100.000 copias, posteriormente la carga viral deberá controlarse cada 3 meses.<sup>9,10,11</sup>

El objetivo final del Tratamiento Antirretroviral está en conseguir una supresión hasta niveles no detectables de la replicación del VIH y mejorar la calidad de vida y la supervivencia de las personas

afectadas por el VIH, a través de la supresión de la replicación viral. Sin embargo, uno de los problemas actuales es la aparición de cepas resistentes a los nuevos fármacos, causadas por un incorrecto manejo del plan terapéutico y por una incorrecta adherencia de la persona al tratamiento.<sup>9</sup> A más de 20 años de la primera descripción del VIH en el mundo, el panorama ha cambiado, mejorando la calidad de vida de los infectados, debido a esfuerzos continuos en la investigación.

En el año 2000 se redactó en el Congreso de los 80 años del Instituto Nacional de Salud de Santa Fe de Bogotá-Colombia la Guía de Atención del VIH/SIDA, determinando con criterios de mayor importancia para el cambio de Tratamiento Antirretroviral falla terapéutica y la intolerancia o efectos adversos.<sup>12</sup>

Beltrán M. y Col. en Argentina en el 2001, junto con el Comité Técnico Asesor, encontraron que el Tratamiento Antirretroviral fracasa por varias causas y determinaron para el cambio de esquema lo siguiente:

- A. Fracaso terapéutico definido por progresión clínica.
- B. Descenso del recuento de células CD4/mm<sup>3</sup>.
- C. Aumento de la carga viral o fracaso en lograr el descenso deseado y la intolerancia o toxicidad.

3. Falta de adherencia. 4. Esquema subóptimo, en el caso de tener una opción mejor.<sup>13</sup>

Entre los años 2001 al 2007, Pedreira I. y Col. de la Universidad de la Rioja, España, realizaron un Estudio sobre el cambio del Tratamiento Antirretroviral en el paciente VIH, revelando que los cambios se debieron a:

- intolerancia/toxicidad en 45%;
- fracaso terapéutico en 34%;
- por falta de adherencia en 9%;
- por simplificación en 7%;
- por intensificación de la terapia en 1% y por otras causas en 4%.

Concluyendo que los efectos adversos provocan alta incidencia de modificación de las terapias y fueron los responsables de los cambios de tratamiento más frecuentes en el grupo de estudio.<sup>5</sup>

En México, en el 2004 la Secretaría de Salud del Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA, elaboraron una "Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA", en la que se evalúan criterios de cambio de tratamiento por falla terapéutica y determinan los criterios de cambio por falla.<sup>11</sup>

Puesto que el éxito terapéutico dependerá, entre otros factores, de forma importante del grado de implicación y compromiso de la persona afectada, se tratan de identificar precozmente las posibles situaciones concomitantes: factores personales y de adicción; psicosociales; los relacionados con el tratamiento y sus posibles efectos secundarios; factores asociados a la propia enfermedad o incluso a la relación profesional-paciente, que interfieran en una correcta adhesión.<sup>1,9</sup>

La cuantificación del grado de adherencia, medida en porcentaje, se valora a través de métodos directos e indirectos, y según la escala del Programa Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA/ITS) del Ministerio del Poder Popular para la Salud (MPPS) se clasifica la adherencia en Excelente (>95%); Buena (70%-95%); Regular (50% a 69%) y Mala (<50%).<sup>12</sup> La importancia de dicho porcentaje es que influye de forma directa en la toma de decisiones terapéuticas, llegando a aconsejarse la suspensión del tratamiento hasta conseguir que la persona afectada entienda la importancia de un correcto cumplimiento terapéutico.<sup>9</sup>

Adherencia Terapéutica se refiere al cumplimiento del tratamiento, la colaboración del paciente y a la eficiencia del tratamiento, con base en las dos primeras características.<sup>7</sup> La Virología es el estudio de los virus y sus propiedades.<sup>7</sup> La Carga Viral son los niveles sanguíneos de ARN del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).<sup>7</sup>

Las variables estudiadas fueron la frecuencia de cambio de esquema de Tratamiento Antirretroviral con base en factores preestablecidos y el grado de adherencia al Tratamiento Antirretroviral.

El objetivo general de esta investigación fue determinar la influencia de los factores preestablecidos que motivaron la frecuencia de cambio de esquema y la adherencia al tratamiento antirretroviral de los pacientes VIH positivos que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA-Bárbula, Estado Carabobo, Venezuela.

Los objetivos específicos fueron determinar la frecuencia de cada uno de los factores preestablecidos que motivaron al cambio de esquema de tratamiento mediante el estudio de la muestra; identificar el número

de cambios de tratamiento presentes con más frecuencia en los pacientes en estudio; determinar la frecuencia del grado de adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes VIH positivos que presentaron cambios de esquema de tratamiento; relacionar los factores preestablecidos con el grado de adherencia al Tratamiento Antirretroviral de la muestra en estudio; y asociar los factores preestablecidos con el número de cambios del Tratamiento Antirretroviral de la muestra en estudio.

Los investigadores plantean que la importancia de este estudio, al determinar la influencia de los factores preestablecidos y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral con el cambio de esquema de tratamiento de los pacientes VIH positivos, se enfocó principalmente en que conociendo si existe o no una relación significativa entre los factores y la adherencia al Tratamiento Antirretroviral, a futuro sea el sustento de nuevas investigaciones que desarrollan estrategias para mejorar el problema de su adherencia en los pacientes VIH positivos.

## **Materiales y métodos**

La metodología fue descriptiva, pues se caracterizó un hecho en un grupo de individuos con la finalidad de establecer el comportamiento de los mismos ante factores que lo modifican.<sup>14,15</sup>

El diseño fue no experimental de carácter transeccional y correlacional, pues se limitó a la observación de un grupo de individuos en un momento del tiempo, sin intervenir, ni manipular la realidad a estudiar, sino simplemente describir los hechos y las conductas observadas a través del estudio. Además, porque básicamente midió dos variables, estableciendo su grado de correlación, pero sin pretender dar una explicación completa de causa y efecto al fenómeno investigado, sólo investigando grados de correlación y dimensionando las variables.<sup>14</sup>

La población del estudio estuvo conformada por historias clínicas de 950 pacientes en tratamiento con terapia Antirretroviral, que asistieron a la consulta del Centro de Atención Integral de Enfermedades de Transmisión Sexual y Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (CAE-ETS-SIDA) del Instituto Carabobeño

para la Salud (INSALUD), Estado Carabobo, Venezuela, donde se lleva a cabo un programa para la atención primaria (Fomento de la Salud y Protección Específica) así como la Prevención Secundaria en Salud (Diagnóstico y Tratamiento Precoz y Limitación del Daño) siendo la muestra de tipo No Probabilística Intencional, ya que se seleccionaron las historias clínicas de 222 pacientes, cuyo criterio de inclusión era encontrarse para el momento en tratamiento con terapia Antirretroviral y que presentaran al menos un cambio de esquema de tratamiento.<sup>16</sup>

Previo a la investigación se efectuaron varias reuniones con el equipo de salud del CAE-ETS-SIDA para la perisología de ingreso a la información del programa Epi-Info por parte de los investigadores.

Enseguida se realizó una revisión documental (fuente secundaria) de las historias clínicas de dicho centro de salud.<sup>15</sup> La recolección de la información se logró a través de un instrumento diseñado con un Modelo Epidemiológico.<sup>16</sup> Éste consistió en una ficha basada en el programa Epi-Info diseñado por el Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC)<sup>17</sup> de utilidad en Salud Pública, que facilita el análisis estadístico y la recolección de datos personales del paciente; el motivo del cambio de tratamiento; el número de cambios y el grado de adherencia al tratamiento, presentes en la Historia Clínica de los pacientes VIH positivos que presentaron cambios de esquema de tratamiento y que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA durante los años 2006 y 2007. El análisis estadístico de los datos se llevó a cabo con el programa estadístico Statgraphics Plus 5.1.

Para determinar los factores preestablecidos más frecuentes que motivaron al cambio del esquema de tratamiento se recurrió al Análisis Estadístico Descriptivo Univariado, representando los datos en tablas de distribución de frecuencia. De igual manera se hizo con la identificación de la cantidad de cambios presentes con más frecuencia en los pacientes; con la salvedad de que se calculó el intervalo semi-intercuartil y se tomó como valor de referencia a la mediana por ser una variable discreta.<sup>18,19</sup>

Además, al determinar la frecuencia del grado de adherencia al Tratamiento Antirretroviral de los pacientes VIH positivos, que presentaron cambios

de esquema de tratamiento, se apeló a una tabla de distribución de frecuencia para datos agrupados en intervalos de clases.<sup>18,19</sup>

Y, al relacionar los factores preestablecidos con el número de cambios de esquema de tratamiento y con el grado de adherencia (ordenados en cuadros conjuntos de contingencia), se hizo necesario el uso de la Estadística Inferencial No Paramétrica: Chi Cuadrada a 95% de confianza y el coeficiente "V" de Cramer para determinar el grado de asociación entre las variables estudiadas.<sup>18,19</sup>

## Resultados

La edad promedio de los pacientes VIH positivos que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA fue  $39.53 \pm 1.51$  (Li=38,02; Ls=41,04). La muestra estuvo constituida por 60 pacientes de sexo femenino (27.03%) y 162 del sexo masculino (72.97%). (Ver Tabla No.1 Anexos).

De los motivos de cambio de esquema de Tratamiento Antirretroviral, el más frecuente fue Otros (p.ej. Salida de producto farmacológico del mercado, no poseer refrigerador, entre otros), con 45.20% (n=113); Toxicidad Medicamentosa 28.80% (n=72); Intolerancia Severa 8.80% (n=22); Falla Viroológica 6.80% (n=17); Falla Inmunológica 6.40% (n=16); Criterio Clínico 3.20% (n=8) y el restante Interacción Medicamentosa 0.80% (n=2). El Número de Cambios de Tratamiento fue  $1 \pm 0$  rango intercuartil (Li=1 cambio; Ls=1 cambio). Esto significa que 50% central de la distribución no será menor de 1 cambio, ni mayor de 1, no existiendo dispersión de datos en la serie por ser el mismo valor para ambos límites. Tal es el caso que la mayoría experimentó por lo menos un (1) cambio 86.94% (n=193); 10.36% (n=23) dos (2) cambios; 1.86% (n=4) tres (3) cambios; 0.45% (n=1) para cuatro (4) y 0.45% (n=1) seis (6) cambios. (Ver Tabla No.2 Anexos).

Respecto del Grado de Adherencia al Tratamiento, el más frecuente fue Excelente (>95%) con 81.08% (n=180); seguido por Regular (50% a 69%) que tuvo 8.11% (n=18); Malo (<50%) 7.66% (n=17) y Buena (70%-95%) (n=7) 3.15%. (Ver Tabla No.3 Anexos).

Al correlacionar los factores preestablecidos con el número de cambios de esquema de tratamiento antirretroviral, se evidenció que fue significativo a 95% ( $P_v=0.0000$ ), por lo que las variables están asociadas en grado moderado, pero la tabla de contingencia presentó celdas vacías ( $V$  Cramer =0.3972), usándose 24gl y 157.73 como razón crítica muestral. El mismo fenómeno de asociación ocurrió al estudiar la dependencia entre los factores preestablecidos y el grado de adherencia ( $P_v=0.000$ ;  $gl=21$ ;  $X^2$  muestral=102.64;  $V$  Cramer= 0.3707). En síntesis, existe una tendencia moderadamente significativa a que los números de cambios y la adherencia al tratamiento se asocien a los factores preestablecidos OT y TM.

## Discusión

A pesar del gran número de investigaciones sobre el estudio del Tratamiento Antirretroviral y del VIH, una minoría es la que se ha dedicado a la investigación de los factores que motivan al cambio de esquema de tratamiento y la adherencia al mismo. Entre éstos se encuentra el realizado por Pedreira I. y Col.,<sup>5</sup> acerca del Cambio del Tratamiento Antirretroviral en el paciente VIH, cuyos resultados revelan que de 131 pacientes 20.15% modificaron el Tratamiento Antirretroviral. Y el análisis de los cambios de tratamiento revela que 69 de ellos se debieron por intolerancia/toxicidad representando 45%; 51 por fracaso terapéutico con 34%; 14 por falta de adherencia con 9%; 10 por simplificación con 7%; 1 por intensificación de la terapia con 1% y 6 por otras causas representando 4%. Resultados que coinciden con los obtenidos en la investigación, ya que el factor preestablecido con mayor frecuencia fue la Toxicidad Medicamentosa con 28.80%; en segundo lugar la intolerancia severa con 8.80% de frecuencia; seguida del fracaso terapéutico, tanto virológico con 6.80%, como inmunológico con 6.40%.

La importancia de este hallazgo demuestra que estos pacientes reciben la atención de un programa de tratamiento con disponibilidad de casi todas las drogas antirretrovirales y se están aplicando los mismos esquemas que por consenso se aplican en

todas las partes del mundo. Por ello la similitud en el comportamiento frente a la terapia Antirretroviral usada en otros países.

El factor con mayor frecuencia es un factor que no se encuentra dentro de los preestablecidos, y en la investigación se toma como Otros para el cambio de esquema de tratamiento (p.ej. Salida de producto farmacológico del mercado; no poseer refrigerador, entre otros) pero influye de igual manera en la terapia de los pacientes VIH positivos que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA durante los años 2006 y 2007, la cual representa 45.20%. En la investigación llevada a cabo por Morillo R. y Col.,<sup>6</sup> sobre el “Análisis de las causas y factores predictivos de discontinuación del Tratamiento Antirretroviral”, es importante resaltar que existe relación entre los resultados de este estudio con la presente investigación, debido a que el fracaso virológico representó la tercera causa de cambio de tratamiento con una frecuencia de 14.8% y en este estudio representó la tercera causa, también en frecuencia, con 6.80%.

En lo que concierne a la relación entre los factores preestablecidos y la adherencia al tratamiento, se obtuvo una relación en grado moderado, hecho que expresa la importancia de conocer que el Tratamiento Antirretroviral está sujeto a múltiples factores, incluyendo las características del paciente, la forma de inicio del tratamiento y la evolución en el tiempo de la persona que está sometida a la terapia Antirretroviral.

Dentro de las limitaciones encontradas durante la realización de esta investigación se encontró la salida del mercado de uno de los medicamentos antirretrovirales, lo cual fue un evento inesperado y se sumó como un factor más de cambio de esquema de tratamiento no preestablecido. Considerando que en este estudio se tomó como muestra a un grupo de pacientes VIH positivos con Tratamiento Antirretroviral y, específicamente, aquellos pacientes con cambio de esquema de tratamiento, los resultados obtenidos pueden generalizarse. Y al ser una muestra suficientemente significativa, estos resultados pueden tomarse como referencia para el resto de los pacientes VIH positivos con cambios en el esquema de tratamiento.

## Conclusión

En el cambio de esquema de tratamiento evidenciado en el grupo de pacientes estudiados el de mayor frecuencia fue Toxicidad Medicamentosa; seguido de Intolerancia Severa; Falla Viroológica; Falla Inmunológica; Criterio Clínico y por último Interacción Medicamentosa.

En cuanto al número de cambios de esquema de tratamiento en la muestra estudiada se obtuvo que un (1) cambio fue el más frecuente; luego dos (2) cambios; tres (3) cambios; cuatro (4) cambios, en orden de frecuencia.

En relación con el grado de adherencia al Tratamiento Antirretroviral por parte de los pacientes en estudio, el que se presentó con mayor frecuencia fue el grado Excelente de adherencia, seguido por una adherencia Regular, Mala y por último Buena.

## Recomendaciones

\*La consejería del paciente por parte del médico tratante para el inicio del Tratamiento Antirretroviral es muy relevante, pues el paciente debe conocer todos los aspectos relacionados con el buen uso de la terapia, que influya de forma negativa sobre su evolución y pronóstico de la enfermedad.

\*Es necesaria la interacción multidisciplinaria del equipo asistencial, y fundamental el trabajo en equipo a la hora de detectar los posibles factores determinantes y la definición de estrategias de intervención consensuadas con la propia persona.

## Referencias Bibliográficas

1. Soto L, Pérez L, Hernández G, Sierra J, León E, Romo J, et al. Guía para el Tratamiento Antirretroviral de las personas adultas que viven con VIH/SIDA. 2004; [16 páginas]. Disponible en: URL:[http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-83762004000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.unam.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-83762004000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es) Consultado: Febrero 25, 2008.
2. Clotet B. Adherencia al tratamiento del HIV, resistencia a las medicinas y a la evaluación de la atención sanitaria. 2002, [3 páginas]. Disponible en: URL:<http://www.raco.cat/index.php/Quark/article/viewPDFInterstitial/54932/66079> Consultado: Febrero 25, 2008.
3. Ministerio del Poder Popular de Salud. Ficha de Criterios de Cambio de Esquema de TARGA/Programa de SIDA/ITS. Pautas de Tratamiento Antirretroviral Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela: 2008.
4. Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA. 1st ed. Santiago: 2005; [52 páginas] Disponible en: [http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/vihsidaR\\_Mayo10.pdf](http://www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/vihsidaR_Mayo10.pdf) Consultado: Mayo 15, 2008.
5. Pedreira I, Margusino L, Pérez K, Martín I. Cambio del Tratamiento Antirretroviral en el paciente VIH. 2007; [20 páginas]. Disponible en: URL:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1071283> Consultado: Marzo 30, 2008.
6. Morillo R, Gil M, Abdel-Kader L, Castillo A, Baños U, Artacho S. Análisis de las causas y factores predictivos de discontinuación del tratamiento con tenofovir en pacientes VIH pretratados. España: 2007; [6 páginas]. Disponible en: URL:<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2388227> Consultado: Marzo 30, 2008.
7. Polsky B, Clumeck N. HIV and AIDS. Mosby-Wolfe editors. 2 ed. Inglaterra: 2004. p. 25.1-28.6.
8. Jurado R, Camacho A, Rivero A. Síndrome de Reconstitución Inmune. --; [6 páginas]. Disponible en: URL:<http://saei.org/hemero/libros/c40.pdf> Consultado: Febrero 26, 2008.
9. Fortuny C. Cambio de Tratamiento Antirretroviral. 2005; [3 páginas]. Disponible en: URL:[http://www.alianza-vih.com/ultimas\\_novedades/suspension\\_tratamiento.htm](http://www.alianza-vih.com/ultimas_novedades/suspension_tratamiento.htm) Consultado: Mayo 3, 2008.
10. Ministerio del Poder Popular de Salud. Programa de SIDA/ITS. Pautas de Tratamiento Antirretroviral Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela: 2008.
11. Secretaría de la Salud del Consejo Nacional para la Prevención y control del VIH/SIDA. Guía de Manejo Antirretroviral de las personas que viven con VIH/SIDA. 2004. [16 páginas]. Disponible en: URL:<http://www>

salud.gob.mx/conasida/medicos/guias/guia2005/guia14sep05.pdf Consultado: Abril 12, 2008.

**12.** Alvarado F, Cuervo S, Pérez G. Guía de Atención de VIH/SIDA. 2000; [36 páginas]. Disponible en: URL:<http://www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntsida.htm> Consultado: Marzo 13, 2007.

**13.** Beltrán M, Benetucci J, Bologna R, Cahn P Fay O, González S, Moreno R, et al. Tratamiento Antirretroviral. 2001; [20 páginas]. Disponible en: URL:<http://www.msal.gov.ar/htm/site/sida/pdf/recomendaciones/antirretro1120.pdf> Consultado: Marzo 18, 2007.

**14.** Balestrini M. Como se elabora el Proyecto de Investigación. Caracas, Venezuela: Servicio Editorial Consultores Asociados; Junio 2006. p. 129-151.

**15.** Arias F. El Proyecto de Investigación. Caracas, Venezuela: Editorial Epiesteme; 2006. p. 57-74.

**16.** Ministerio del Poder Popular de Salud. Ficha de Grado de Adherencia/Programa de SIDA/ITS. Pautas de Tratamiento Antirretroviral Ministerio del Poder Popular para la Salud. Venezuela: 2008.

**17.** Centro para el Control de Enfermedades de Atlanta (CDC). EPI INFO. 1996; [1 página]. Disponible en: URL: <http://www.cica.es/epiinfo/> Consultado: Junio 1, 2007.

**18.** Malavé L. El Trabajo de Investigación. Caracas, Venezuela: Quirón Editores; Enero 2003.p. 30-42.

**19.** Puertas E, Urbina J, Blanck, Granadillo D, Blanchard M, García J, et al. Bioestadística. Valencia, Venezuela: Editorial CDCHT-UC; 1998. p. 235-60.

## ANEXOS

**TABLA N° 1: Distribución de frecuencia del sexo en pacientes que asistieron a la consulta del CAI-ETS-SIDA. Carabobo, 2006 - 2007**

MOTIVOS DE CAMBIO	f	h%
Femenino	60	27,03
Masculino	162	72,97
<b>Total</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Médicas, CAI-ETS-SIDA – Bárbula, Carabobo – Venezuela.

**TABLA N° 2: Distribución de frecuencia de los factores preestablecidos (motivos de cambio) y números de cambios de esquema de tratamiento antirretroviral.**

MOTIVOS DE CAMBIO	f	h%
Falla Viroológica	17	6,8
Falla Inmunológica	16	6,4
Criterio Clínico	8	3,2
Interacción Medicamentosa	2	0,8
Toxicidad Medicamentosa	72	28,8
Intolerancia Severa	22	8,8
Otros	113	45,2
<b>TOTAL</b>	<b>250</b>	<b>100</b>
NUMERO DE CAMBIOS*		
1	193	86,94
2	23	10,36
3	4	1,86
4	1	0,45
6	1	0,45
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

\*Xd= 1 cambios; Q=  $\pm 0,00$  (Li=1; Ls= 1)

Fuente: Historias Médicas, CAI-ETS-SIDA – Bárbula, Carabobo – Venezuela.

**TABLA N° 3: Distribución de frecuencia del grado de adherencia al tratamiento antirretroviral**

GRADO DE ADHERENCIA	f	h%
MALA (<50%)	17	7,66
REGULAR (50%-69%)	18	8,11
BUENA (70%-95%)	7	3,15
EXCELENTE >95%	180	81,08
<b>TOTAL</b>	<b>222</b>	<b>100</b>

Fuente: Historias Médicas, CAI-ETS-SIDA – Bárbula, Carabobo – Venezuela.



**TABLA N° 4: Cuadro de asociación de los factores preestablecidos con el grado de adherencia y con el número de cambios de esquema de tratamiento antirretroviral.**

<b>GRADO DE* ADHERENCIA</b>	<b>FV</b>	<b>FI</b>	<b>CC</b>	<b>IM</b>	<b>TM</b>	<b>IS</b>	<b>OT</b>	<b>TOTAL</b>
<b>MALA</b>	2	4	4	1	4	2	7	24
<b>REGULAR</b>	5	9	1	0	7	6	1	29
<b>BUENA</b>	1	0	0	0	1	2	5	9
<b>EXCELENTE</b>	9	3	3	1	60	12	100	188
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>250</b>
<b>Nª DE CAMBIOS**</b>								
<b>1 VEZ</b>	15	13	6	1	64	16	102	217
<b>2 VECES</b>	1	2	1	0	8	2	11	25
<b>3 VECES</b>	1	1	1	0	0	3	0	6
<b>4 VECES</b>	0	0	0	1	0	0	0	1
<b>6 VECES</b>	0	0	0	0	0	1	0	1
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>72</b>	<b>22</b>	<b>113</b>	<b>250</b>

\*( Pv= 0,000; gl= 21; X<sup>2</sup> muestral =102,64; V Cramer= 0,3707) / \* \* ( Pv= 0,000; gl= 24; X<sup>2</sup> muestral =157,73; V Cramer= 0,3972)

Fuente: Historias Médicas, CAI-ETS-SIDA – Bárbula, Carabobo – Venezuela.

# Sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer

## Overloading of the primary caregivers attending a familiar with cancer

Elia del C. Martínez Ruiz\*  
Felicitas E. Díaz Vega\*\*  
Erika Iraís Gómez Blanco\*\*\*

### Resumen

El ensayo pretende identificar cuál es la sobrecarga de los cuidadores primarios que asisten a un familiar con cáncer; así como determinar el promedio de tiempo dedicado al cuidado del paciente con cáncer por el cuidador primario y diferenciar la sobrecarga del cuidador primario de acuerdo con el sexo y el parentesco.

Se realizaron investigaciones a 40 cuidadores primarios familiares que tenían pacientes con cáncer para evaluar las repercusiones psicológicas y de enfermedad de éstos, pues son expuestos a estrés constantemente, lo cual origina problemas físicos, psíquicos y familiares. La sobrecarga de los cuidadores fue de 70% mujeres, amas de casa, con tiempo de cuidado de 8 hasta 12 horas por día y 45% de ellas tienen nivel primaria.

### Abstract

The present test (essay) there tries to identify which is the overcharge of the primary keepers who attend a relative with cancer, this way also to determine the average of time dedicated to the care of the patient with cancer for the primary keeper as (like) to differ the overcharge of the primary keeper of agreement to the sex and kinship.

Research was conducted at 40 primary family caregivers with cancer patients to assess the psychological impact of illness and of these, because they are constantly exposed to stress, the overload of caregivers was 70% women, housewives with time care

of 8 to 12 hours per day, 45% have primary level, with the same caregivers causing physical, psychological and family.

» **Palabras claves:** Sobrecarga, cuidador primario, familiar con cáncer.

» **Key words:** Overload, primary caregiver, family member with cancer.

### Introducción

#### Descripción del problema

El cáncer está determinado no solamente por variables biológicas, también por un conjunto de factores sociales, culturales y psicológicos que afectan la forma de responder a la enfermedad. Las repercusiones psicológicas de las distintas enfermedades sobre el ser humano son factor importante que siempre debe considerarse y que varía de unas dolencias a otras; en parte, debido al contenido emocional que cada una conlleva. Esto es especialmente evidente en el caso del cáncer, rodeado además de una fuerte tensión social mezcla de temor e indefensión.<sup>1</sup>

Cuando a la familia (o principalmente el cuidador primario) se le comunica el diagnóstico de la enfermedad sufre una alteración psicoemocional impactante y pasa por un periodo de estrés ya que debe afrontar la enfermedad y posteriormente la muerte de su ser querido; los cambios en la estructura; el funcionamiento y el sistema de vida de sus miembros; y finalmente anticipar el dolor que se presentará tras la pérdida.<sup>2</sup>

\*Maestra en Ciencias de Enfermería. Área Enfermería, Cuidado y Salud. Académico Facultad de Enfermería. Universidad Veracruzana. Campus Minatitlán, hecmina@hotmail.com.

\*\* Maestra en Ciencias de Enfermería. Área Enfermería, Cuidado y Salud. Académico Facultad de Enfermería. Universidad Veracruzana. Campus Minatitlán, fdiaz@uv.mx.

\*\*\*Estudiante en servicio social de Enfermería.

Cuidador es la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a un enfermo. Dentro de los cuidadores se distinguen dos categorías: los primarios y los secundarios. El primero es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como cónyuge, hijos, hermanos o padres. El segundo no tiene una relación directa o un vínculo cercano con el enfermo; puede tratarse de una enfermera, un asistente, un trabajador social, un familiar lejano o cualquier persona que labore en una institución prestadora de servicios de salud.<sup>3</sup>

Algunos cuidadores no quieren reconocer la tensión personal relacionada con las muchas tareas, responsabilidades y largas horas dedicadas al cuidado del paciente. Muchos se sienten abrumados o al límite de su capacidad, pues la tarea de cuidar a un enfermo comprende a menudo la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y sociofamiliar. Éstos componen un auténtico síndrome que es necesario conocer y diagnosticar tempranamente para prevenir su agravamiento. De igual manera, hay otros factores que afectan la salud del cuidador; entre otros, habrán de considerarse edad, género, parentesco, tiempo de dedicación y otras cargas familiares, elementos que han demostrado influir en la aparición del síndrome.<sup>4</sup>

### **Planteamiento del problema**

Considerado lo descrito anteriormente surgió la inquietud de realizar este estudio para identificar las repercusiones que presenta el cuidador primario al realizar la asistencia de su familiar. Para ello se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es la sobrecarga del cuidador primario que asiste a un familiar con cáncer?

### **Marco de referencia**

Los cuidadores constituyen una pieza clave en la triada terapéutica “equipo sanitario-enfermo-cuidador primario” si la asistencia se lleva a cabo en el servicio de un hospital; pero lo son todavía más si la misma se realiza en el domicilio del enfermo. No hay duda de que los cuidadores que llevan a cabo su actividad en el domicilio del enfermo se encuentran sometidos a una situación estresante y a un peligro de desbordamiento

y agotamiento de sus recursos que repercute no sólo en su salud; también en el estado de ánimo y en la modificación de los umbrales de percepción del sufrimiento y del dolor del enfermo con el cual están en continua interacción.<sup>5</sup>

Debido a que la enfermedad tiene un tratamiento que va de uno a tres años, el cuidador experimenta eventos positivos y negativos en su vida (endeudarse, muerte de algún miembro de la familia, aumento en la carga de trabajo, cambio de casa, etc.), los que favorecen la descarga emocional del cuidador.<sup>6</sup>

Torres y Beltrán (2006) señalan que regularmente quien asume la tarea de cuidador es alguien que siente un compromiso moral o emocional con el enfermo; a menudo actúa bajo la premisa de que hay que ser caritativo con el prójimo o de que la solidaridad se expresa cuando se está en la cama o en la cárcel, como dice el saber popular. No obstante si el desgaste del cuidador ocurre como resultado de la atención que presta al enfermo sin atender su salud; retirándose de toda actividad recreativa o de descanso; alejándose de los amigos y asumiendo como propias las limitaciones del paciente, muy pronto habrá no uno sino dos enfermos en esa familia.

Los estudios sobre el perfil psicológico del cuidador en algunos trabajos señalan que las características más habituales son: mujer, esposa o hija del enfermo, nivel cultural bajo, cuidan al enfermo diariamente (4 horas) y sin periodos de descanso, escaso apoyo. La situación del cuidador con restricciones en su vida social, en su estado de salud, en su tiempo libre, en sus aficiones, en su intimidad, perturba de modo intenso su equilibrio personal y familiar, dañando gravemente la relación intrafamiliar y experimentando una profunda sensación de soledad. Se puede desarrollar el síndrome de “fatiga crónica” o “Síndrome de Burnout” (respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico, cuyos rasgos principales son agotamiento físico, psicológico o emocional; actitud fría, despersonalizada y sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de realizar), que interfiere en la calidad de los cuidados proporcionados al enfermo.<sup>7</sup>

Por ello las familias con un paciente crónico tienen menos tiempo para las relaciones sociales; igualmente

los amigos no saben cómo actuar, ya que las relaciones resultan incómodas, disminuyendo los contactos precisamente cuando se necesita mayor apoyo emocional.<sup>8</sup>

Según Torres y Beltrán (2006), la calidad de vida del cuidador dependerá, entre otras cosas, de su propia salud; de la ayuda que reciba de su familia (apoyo emocional y reconocimiento de sus familiares); de la capacidad de las instituciones para ajustarse a sus necesidades; de la información que tiene sobre la enfermedad de la persona a quien cuida; de la propia tarea de cuidar; de la manera en que enfrenta sus responsabilidades en el cuidado y atención al paciente; de su estilo personal para resolver los problemas que se le presentan durante el desempeño de su tarea y, desde luego, de su capacidad para sobreponerse a los momentos y acontecimientos difíciles y complicados que ocurran durante la atención al enfermo, entendiéndose por esto crisis, recaídas y hasta muerte del paciente.

La valoración del cuidador principal debería ser para detectar la situación de sobrecarga e influir en ella, sobre todo cuando éste es una persona mayor o un elemento familiar cuyas opiniones no son consideradas trascendentes por los demás. En el primer caso, la sobrecarga física que provoca la atención es mayor y la psicoafectiva que produce la toma de decisiones puede ser excesiva para sus recursos personales mermados por la edad y el desgaste de la vida previa. En el segundo caso, existe una situación ambivalente entre los roles y la ejecución de las tareas (sirve para cuidar y limpiar, no para decidir) que afecte profundamente la autoestima del cuidador principal.<sup>9</sup>

Con frecuencia se valora de manera insuficiente el riesgo de todo cuidador primario de convertirse en enfermo, y que de hecho potencialmente lo es. Por muy resistente que sea un cuidador primario, es un ser humano susceptible físico, psicológico, emocional, existencial y espiritualmente, justamente es este criterio que sustenta la conceptualización anterior.<sup>10</sup>

Esto origina problemas como la desatención a las propias necesidades por parte del cuidador; aumenta el cansancio y hace la situación más difícil. Además

el cuidador mantiene los esfuerzos requeridos en el momento de la crisis a lo largo de la fase crónica cuando ya no es necesario tanto esfuerzo, provocando un mayor desgaste.<sup>11</sup> Los resultados disponibles indican que existe gran variabilidad en el grado de estrés que experimentan los cuidadores y que los principales efectos negativos para la salud se concentran precisamente en 40% de cuidadores que manifiestan mayor agotamiento físico o mental, destacando que existe un grupo de cuidadores que lleva a cabo su labor de cuidado sin dificultad ni problemas.

Dentro de los cuidadores primarios de pacientes con dependencia predomina el sexo femenino con 79% cuyo promedio de edad es de 64 años; dedicadas a oficios del hogar (93%); con estudios primarios (57.6%) y la mayoría casadas (63%). Las enfermedades mentales y las cardiovasculares son las más frecuentes en los cuidadores (51.1%). La puntuación media global de la calidad de vida obtenida fue de 3.38 (IC95:3.35-3.51) ubicándose en el rango de positiva, sin diferencias entre sexos. El área de mayor fortaleza fue el apoyo social y de mayor vulnerabilidad la sobrecarga y la carencia de tiempo libre.<sup>12</sup>

En otros estudios se evaluó en los cuidadores responsables la intensidad y causas de sufrimiento; la percepción del control de los síntomas del paciente; las dificultades prácticas y emocionales; así como la satisfacción con la tarea. Obteniéndose en los resultados que 72% de los cuidadores responsables eran mujeres; 56% tenía enfermedades que requerían tratamiento y la mayoría dedicaban más de 12 horas por día a la asistencia del paciente. El sufrimiento de los cuidadores responsables fue elevado durante todo el tratamiento y tuvieron la percepción de que el control de síntomas fue moderado. Reportaron baja dificultad práctica; dificultad emocional moderada y gran satisfacción con su tarea.<sup>13</sup>

En el estudio de Araneda et al (2006) se evaluaron las características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal dando como resultado que 62% se encuentra entre 41 años y más; 86% de los cuidadores primarios eran mujeres; 52% tiene pareja; 82% son parientes del paciente; 66% posee ingresos económicos inferior a cien mil pesos; 94% conoce

el pronóstico de la enfermedad de su paciente; 80% dedica el total de su tiempo al cuidado de su paciente y 78% de los pacientes es dependiente.

La sobrecarga se entiende como un conjunto de problemas físicos, mentales y socioeconómicos que experimentan los cuidadores de enfermos crónicos y que afectan sus actividades de ocio, relaciones sociales, amistades, intimidad, libertad y equilibrio personal. Ésta se clasifica en carga objetiva, que es la cantidad de tiempo o dinero invertido en cuidados, problemas conductuales del sujeto, etc; y en carga subjetiva que es la percepción del cuidador de la repercusión emocional de las demandas o de los problemas relacionados con el acto de cuidar.<sup>14</sup>

## Objetivos

### General

Identificar cuál es la sobrecarga de los cuidadores primarios que asisten a un familiar con cáncer.

### Específicos

Determinar el promedio de tiempo dedicado al cuidado del paciente con cáncer por el cuidador primario.

Diferenciar la sobrecarga del cuidador primario de acuerdo con el sexo y el parentesco.

## Metodología

### Tipo de estudio

La investigación fue un estudio de tipo transversal y descriptivo. Según Canales (2002) es transversal, porque “estudia las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo”. De acuerdo con Sampieri (2006) es descriptiva, porque “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes del fenómeno estudiado”.

## Población

La población estuvo conformada por 150 cuidadores primarios de pacientes con cáncer; ambos sexos; mayores de 18 años; ya sean cónyuges, hijos, hermanos (as) o los padres; en un hospital de segundo nivel del área urbana del sur de Veracruz.

## Muestreo y muestra

El muestreo no probabilístico, por conveniencia. La muestra estuvo constituida por 40 cuidadores primarios de pacientes con cáncer; ambos sexos; mayores de 18 años; cuidadores primarios de pacientes con cáncer.

## Criterios de inclusión

Ser familiar y cuidador de una persona con diagnóstico de cáncer; ambos sexos; mayores de 18 años; ya sean cónyuges, hijos, hermanos (as) o los padres; cualquier nivel socioeconómico; que sepa leer y escribir y que acepte contestar el cuestionario.

## Material

Se aplicó para la recolección de datos una cédula personal (Apéndice A) y el instrumento de escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (Apéndice B), la cual se encuentra validada en España por Martín et al (1996). El Zarit Burden Inventory (aunque tiene diversas denominaciones tanto en inglés como en español) es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes.<sup>15</sup> La versión original en inglés, que tiene copyright desde 1983, consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores. Para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada ítem se suman y la puntuación final representa el grado de sobrecarga del cuidador. Por tanto, la puntuación global oscila entre 0 y 88 puntos. Esta codificación en una escala de 0 a 4 es la que se sigue

en las versiones del cuestionario en todos los idiomas, o al menos no hemos encontrado ninguna en la cual se modifique esta codificación original.

En España sólo una minoría de autores<sup>16</sup> codifica las respuestas en una escala de 0 a 4, mientras la mayor parte lo hace de 1 a 5. Con esta última codificación la puntuación global oscila, por tanto, entre 22 y 110, lo que hace que la comparación de los resultados de estudios realizados en España no se haga de forma directa. Otro aspecto que nos parece necesario reconsiderar es la utilización de puntos de corte para identificar o clasificar a los cuidadores con una sobrecarga intensa.

Este material de compilación está dividido en dos secciones. La primera consta de los datos de identificación: edad, sexo, estado civil, parentesco, escolaridad, religión, ocupación e ingreso económico familiar. La segunda muestra una lista de 22 afirmaciones, que reflejan cómo se sienten las personas que cuidan a otra persona. Cada cuestión se evaluó mediante una escala tipo likert con cinco posibles respuestas que van desde nunca hasta casi siempre y que puntúan entre 1 y 5. La puntuación total es la suma de todos los ítems y el rango, por lo tanto, oscila entre 22 y 110, cuyas puntuaciones han sido segmentadas en 5 categorías: Valor= nunca 1; rara vez 2; algunas veces 3; bastantes veces 4; casi siempre 5. En la validación española se proponen los siguientes puntos de corte: 22-46 puntos: No sobrecarga; de 47-55 puntos: Sobrecarga leve y de 56-110: Sobrecarga intensa; con una fiabilidad de 0.86% de Alfa de Cronbach.<sup>17</sup>

### Procedimiento

Se solicitó la autorización al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Enfermería para la realización de esta Investigación y a la Jefatura de Enseñanza del Hospital para la aplicación del cuestionario. Mediante consentimiento informado se pidió a los familiares participar y se les explicó el objetivo de esta investigación. Los familiares fueron directos como cónyuges, madre o padre, hermanos (as) con familiares oncológicos. Previo a ello se aplicó prueba piloto, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0.80 y en la aplicación posterior tuvo 0.86 de resultado (Tabla1).

El tiempo estimado para la aplicación del instrumento fue de 15 a 20 minutos por persona. Posteriormente se procedió a la tabulación de los datos en paquete estadístico SPSS versión 17 y el análisis de los resultados, obteniéndose estadísticas descriptivas, frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media, mediana y DE).

La investigación se apegó a las disposiciones generales del reglamento de la Ley General en materia de investigación para la salud (Secretaría de Salud, 1987). De acuerdo con lo señalado en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13, en esta investigación prevaleció el criterio de respeto a la dignidad y a la protección de los derechos y bienestar del sujeto de estudio. Se protegió la individualidad y el anonimato del sujeto con base en el Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16, pues el instrumento no incluía nombre de la persona ni domicilio o cualquier otro dato que la identificara.

## Resultados

En primer término se muestran los resultados de confiabilidad del instrumento utilizado; posteriormente los datos sociodemográficos de los individuos de la muestra y resultados de sobrecarga del cuidador, analizados con estadística descriptiva. De acuerdo con Polit & Hungler (2000) el instrumento tiene consistencia interna aceptable (Tabla 1):

**Tabla 1**  
**Coefficiente Alpha de Cronbach del cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit**

Cuestionario	Reactivos	Alpha de Cronbach
Cuestionario de sobrecarga del cuidador	22	.86

Fuente: Zarit, 2008.

Respecto de los datos sociodemográficos los hallazgos fueron los siguientes: la edad de los cuidadores primarios tuvo una mínima de 18 y máxima de 72 años; la media fue de 40.3, con predominio del sexo femenino (70%), en la cual 55% se dedican a labores del hogar. Respecto al estado civil, 75%

tiene pareja (casados y unión libre). Referente al nivel escolar, la mayor parte (45%) cuenta con el nivel básico de estudios y 30% con nivel de secundaria. 70% de la muestra practica la religión católica; la media de ingreso mensual fue de \$3137.50. El promedio de tiempo dedicado al cuidado del paciente con cáncer por el cuidador primario oscila entre 8 y 12 horas al día.

En cuanto al nivel de sobrecarga del cuidador se observa que la mayor parte (52.5 %) no experimenta sobrecarga; mientras 47.5% restante perciben la carga entre leve e intensa (Tabla 2).

**Tabla 2**  
**Sobrecarga del Cuidador**

Nivel de sobrecarga	f	%
No sobrecarga (22-46 puntos)	21	52.5
Sobrecarga Leve (47-55 puntos)	9	22.5
Sobrecarga Intensa (56-110 puntos)	10	25.0
Total	40	100

Fuente: Zarit, 2008.

n=40

Los cuidadores primarios predominantes fueron madres (32.5%) y esposas (17.5%); se destaca que en contraste con el porcentaje de madres y esposas, sólo un individuo (padre) es cuidador primario (Tabla 3). Cabe aclarar que aunque la mayoría de los cuidadores son del sexo femenino (madres-esposas), notamos que si fue menor del sexo masculino contribuye a que la mayoría trabaja con horarios discontinuos y muchos citaron que aunque tuvieran la mejor intención de cuidar al familiar mayor tiempo no podían por lo antes citado (Tabla 3).

**Tabla 3**  
**Parentesco**

Parentesco	f	%
Padre	1	2.5
Madre	13	32.5
Esposa	7	17.5
Esposo	6	15.0
Hijo	3	7.5
Hija	7	17.5
Otros	3	7.5
Total	40	100

Fuente: Zarit, 2008.

n=40

El porcentaje de los niveles de sobrecarga en madres reportó que la mayor parte (17.5%) no experimentaron sobrecarga y otro porcentaje (12.5) sobrecarga leve; a diferencia de las hijas, en la que el mayor porcentaje reportó sobrecarga intensa. Destaca que el único padre que se encontró como cuidador primario obtuvo sobrecarga intensa; en los esposos los hallazgos relevantes fueron de no sobrecarga (7.5%) y sobrecarga intensa (5%). Se enfatiza que el sexo femenino destacó en los tres niveles de sobrecarga (Tabla 4).

**Tabla 4**  
**Nivel de sobrecarga de acuerdo con el parentesco**

Nivel	Padre		Madre		Esposa		Esposo		Hijo		Hija		Otros	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
No sobrecarga			7	17.5	2	5.0	3	7.5	2	5.0	4	10.0	3	7.5
Sobrecarga leve			5	12.5	3	7.5	1	2.5						
Sobrecarga intensa	1	2.5	1	2.5	2	5.0	2	5.0	1	2.5	3	7.5		
Total	1	2.5	13	32.5	7	17.5	6	15.0	3	7.5	7	17.5	3	7.5

Fuente: Zarit, 2008.

n=40

De un total de 28 mujeres se observó un mayor nivel de no sobrecarga (42.9%) en relación con la sobrecarga leve e intensa (28.6%) respectivamente. En proporción a los varones con un total de 12, muestra un promedio de (75%) en no sobrecarga, siendo sólo 8.3% en sobrecarga leve y 16.7% en intensa (Tabla 5).

**Tabla 5**  
**Nivel de sobrecarga de acuerdo con el sexo**

Sexo	Sobrecarga	f	%
Femenino	No sobrecarga	12	42.9
	Sobrecarga leve	8	28.6
	Sobrecarga intensa	8	28.6
Total		28	100.0
Masculino	No sobrecarga	9	75.0
	Sobrecarga leve	1	8.3
	Sobrecarga intensa	2	16.7
Total		12	100.0

Fuente: Zarit, 2008.

n=40

Los datos muestran que la media (48.8) y mediana (48.5) fue mayor en mujeres que hombres en tanto que la DE fue menor, cifras que evidencian mayor sobrecarga en las féminas que en varones. El puntaje mínimo de las mujeres fue más alto (28) en relación con el de varones y el máximo señala pequeña diferencia entre ambos (Tabla 6).

**Tabla 6**  
**Sobrecarga de acuerdo con el sexo**

Sexo	M	Mdn	DE	Min	Max
Femenino	48.8	48.5	12.2	28	69
Masculino	43.9	44.5	13.0	22	71

Fuente: Zarit, 2008.

n=40

## Discusión

De acuerdo con Poveda (2002), Wenk y Monti (2006) al estudiar el perfil del cuidador señalan dentro de las características más habituales: mujer, esposa o hija del enfermo con nivel cultural bajo y cuidan al enfermo diariamente. Estos datos coinciden con los resultados del estudio, lo cual pudiera deberse al tradicional rol femenino impuesto en nuestra sociedad, en que la responsabilidad del cuidado corresponde a las mujeres.

Los resultados mostrados por Bayes (s/f), Wenk y Monti (2006) indican que existe variabilidad en los resultados que experimentan los cuidadores y que en su estudio un grupo de ellos lleva a cabo su labor de cuidado sin dificultad, resultados que concuerdan con este estudio de sobrecarga del cuidador primario, situación que pudiera deberse al compromiso moral o emocional con el enfermo.

## Conclusiones

- El tiempo promedio del cuidado dedicado por el cuidador primario al paciente con cáncer oscila entre 8 y 12 horas al día.
- Los cuidadores primarios predominantes fueron madres y esposas.

- El porcentaje de los niveles de sobrecarga en madres reportó que la mayor parte (17.5%) no experimentó sobrecarga y otro porcentaje (12.5) sobrecarga leve; a diferencia de las hijas, en la que el mayor porcentaje reportó sobrecarga intensa.
- El análisis de sobrecarga de acuerdo con el sexo revela que los varones refieren no sobrecarga; a diferencia de las mujeres que la experimentan como leve e intensa. Ellos manifestaron que por trabajar no podían contribuir al cuidado integralmente.
- La media de 48.8 y la mediana 48.5 fue mayor en mujeres que hombres en tanto que la DE fue menor, cifras que evidencian mayor sobrecarga en las féminas que en varones. El puntaje mínimo de mujeres fue más alto (28) en relación con el de varones.

## Recomendaciones

Replicar el estudio con una muestra mayor en contextos geográficos diferentes y complementado con diseño cualitativo. Agregar las variables de estudio de respuesta física, emocional y sociofamiliar. Establecer vinculación con las instituciones de salud para que otorguen mayores facilidades para la instrumentación de proyectos de investigación.

## Referencias bibliográficas

1. Moro, L. Variables que influyen en la Respuesta Psicológica al Diagnóstico de Cáncer. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 1997; 2(1):
2. Pérez C, Rodríguez Herrera. Repercusión Familiar de un Diagnóstico Oncológico. *Psicol Am Lat.*; 3:
3. Torres-Fermán I, Beltrán F, Martínez-Perales G, Saldivar-González A, Quesada-Castillo J, Cruz-Torres L. Cuidar a un enfermo ¿pesa? 2006; 19(2): 47-50
4. Suárez D, Pire T, Reyes MC. Vulnerabilidad psico-social en el cuidador primario del enfermo oncológico paliativo. *INTERPSIQUIS*. 2005.
5. Bayes R. Cuidando al Cuidar. Evaluación del Cuidador y Apoyo Social. Análisis de los Recursos



Psicológicos y Soporte Emocional del Cuidador. Barrón y Alvarado, *Cancerología* 4 (2009): 39-46.

**6.** De la Huerta R, Corona J, Méndez J, Evaluación de los estilos de Afrontamiento en Cuidadores Primarios de Niños con Cáncer. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*. 2006; 39(1):

**7.** Poveda R. Cuidados a Pacientes Crónicos. ANIORTE, 2004; URL disponible, recuperado el 5 de noviembre 2007: [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_cuidad\\_cronic\\_2.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_2.htm).

**8.** Hernández S R. Metodología de la Investigación. 4a. ed. México: Editorial Mc-Graw Hill Interamericana; 2006.

**9.** Secretaria de Salud (SSA). Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. México, 1987: Presidencia de la República.

**10.** Muñoz F, Espinosa JM, Portillo J, Benítez M. Cuidados Paliativos: atención a la Familia, Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina de Familia Y Comunitaria; 2002; 30(9): 576-80.

**11.** Wenk R, Monti C. Evaluación del Sufrimiento de los Cuidadores Responsables de Pacientes con Cáncer asistidos en un Centro de Cuidados Paliativos en Argentina. *Medicina Paliativa*; 2006; 13(2): 64-68.

**12.** Araneda E, Aparicio A, Escobar P, Huaiquivil G, Méndez K. Características del cuidador principal y su relación con la percepción de satisfacción de necesidades básicas del paciente terminal. *Cultura de los cuidados: Revista de enfermería y humanidades*. 2006; 19: 79-86.

**13.** García L. Calidad de Vida del Cuidador Primario de Familiares con Dependencia y Factores Determinantes. Congreso de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado el 5 de noviembre de 2007 de <http://www.laalamedilla.org/Investigacion/Comunicaciones/2006/semfyc/Congreso%20semFYC%202006%20poster.htm>.

**14.** Poveda R. Cuidados a Pacientes Crónicos. N. ANIORTE recuperado el 5 de noviembre 2007 de [http://perso.wanadoo.es/aniorte\\_nic/apunt\\_cuidad\\_cronic\\_2.htm](http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_cuidad_cronic_2.htm).

**15.** Wenk R, Monti C. Evaluación del Sufrimiento de los Cuidadores Responsables de Pacientes con Cáncer asistidos en un Centro de Cuidados Paliativos en Argentina. *Medicina Paliativa*. 2006; 13(2): 64-68.

**16.** Alonso A, Garrido A, Díaz A, Casquero R, Riera M. Perfil y sobrecarga de los cuidadores de pacientes

con demencia incluidos en el programa ALOIS. *Aten Primaria*. 2004;33:61-8.

**17.** Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*. 1996;6:338-46.

**18.** Polit DF, Hungler BP, Investigación científica en ciencias de la salud. 6a. ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 394-397.

# Apéndice A



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CAMPUS MINATITLAN**



## Cédula de datos personales

Fecha: \_\_\_\_\_ N° de Identificación: \_\_\_\_\_  
Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Parentesco que tiene con el paciente: \_\_\_\_\_  
Escolaridad: \_\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
Ocupación: \_\_\_\_\_  
Ingreso Económico Familiar Mensual: \_\_\_\_\_  
Tiempo dedicado al cuidado de su familiar: \_\_\_\_\_

Gracias por su atención.

## Apéndice B

### Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

**Instrucciones:**

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se

siente usted, así, nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

**0 = Nunca 1 = Rara vez 2 = Algunas veces 3 = Bastantes veces 4 = Casi siempre**

	Preguntas	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Ud.?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades como el trabajo y la familia?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente a la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar de su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?					
20	¿Piensa que debería hacer más por su familiar?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?					
22	Globalmente, ¿piensa que la carga que experimenta por el hecho de cuidar a su familiar es excesiva?					

**ESCALA DE EVALUACIÓN**

**A. Consecuencias del cuidado en el cuidador (0-44).**

**B. Creencias y expectativas sobre capacidad para cuidar (0-28)**

**C. Relación Cuidador con P. M. cuidado (0-16).**

**Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte**

Frecuencia	Puntuación
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

# Enfermedades reumáticas y Salud Pública: Artículo de revisión acerca del XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología

## Rheumatic diseases and Public Health: A review article about the XXXVIII Mexican Rheumatology Meeting

Jaime Morales Romero\*  
Laura González López\*\*  
Jorge Iván Gámez Nava\*\*\*  
María Luisa Vázquez Villegas\*\*\*\*  
Pedro Pablo Castro Enriquez\*\*\*\*\*

### Resumen

¿Existe alguna relación entre las enfermedades reumáticas y la Salud Pública? Éstas son más comunes de lo que muchos suponen. Los estudios disponibles indican que más de la mitad de la población se ve afectada por este grupo de enfermedades. Mientras que osteoartritis, reumatismo de tejidos blandos y lumbalgia destacan por su alta prevalencia; artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante originan elevados costos por atención médica, deterioro de la calidad de vida y altas tasas de incapacidad laboral. La Salud Pública estaría interesada en identificar la prevalencia y los factores asociados a estas enfermedades que permitan el mejoramiento de su manejo en beneficio de la población. El objetivo de este trabajo fue hacer una breve revisión de algunos de los estudios epidemiológicos presentados en el reciente Congreso Mexicano de Reumatología y de otros con carácter internacional, sobre aquellas enfermedades reumáticas de importancia para la Salud Pública.

### Abstract

What is the relationship between rheumatic diseases with Public Health? Rheumatic diseases are more frequent than many believe. Studies have shown that more than half the population may be affected by these disorders. Although osteoarthritis, soft-tissue rheumatism and low back pain are the most prevalent; rheumatoid arthritis, systemic lupus erythematosus and ankylosing spondylitis are important because they represent a high burden for the society in terms of costs for health care, impairing functioning, quality of life and producing high rates of work disability. Public Health is required to identify the prevalence figures for these disorders, identify factors related with the improvement in the diagnosis, prognosis and treatment of these diseases. In this paper, our objective was to make a brief review of relevant epidemiologic studies presented at the recent Mexican Congress Rheumatology and to describe some international studies from Mexicans about diseases rheumatic that are considered with relevance for Public Health.

\* Doctor en Ciencias de la Salud Pública. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. jaimemrom@gmail.com.

\*\* Doctora en Ciencias. Medicina Interna-Reumatología. Hospital General Regional 110. Instituto Mexicano del Seguro Social. dralauragonzalez@prodigy.net.mx.

\*\*\* Doctor en Ciencias. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente. Instituto Mexicano del Seguro Social. drivangamez@prodigy.net.mx.

\*\*\*\* Maestra en Ciencias de la Salud Pública. Alumna del Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. ma\_luisavazquez@hotmail.com.

\*\*\*\*\* Candidato a obtener el grado de licenciatura como Químico Farmacéutico Biólogo. Asistente de Investigación. Instituto de Salud Pública. Universidad Veracruzana. ppce.20@gmail.com.

» **Palabras clave:** Enfermedades reumáticas, artritis reumatoide, Salud Pública.

» **Keywords:** Rheumatic diseases, rheumatoid arthritis, Health Public.

## Introducción

Del 17 al 22 de febrero del 2010, se llevó a cabo en la bella ciudad de Morelia, Michoacán: el XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología. Evento científico y cultural organizado por el Colegio Mexicano de Reumatología al que anualmente concurren diversos profesionales de la salud interesados en difundir resultados derivados de la investigación clínica y básica en el campo de la reumatología; así como en la actualidad de las enfermedades reumáticas. Constantemente y ahora cada vez con mayor frecuencia, se incluyeron interesantes trabajos de índole epidemiológica, muchos dirigidos hacia la salud de la población.

Como cada año, concentró a investigadores de todas las instituciones del Sector Salud y de las principales universidades del país. En esta ocasión, se presentaron 16 ponencias en sesiones plenarias; 54 en sesiones simultáneas y 168 trabajos en la modalidad de cartel. Además se llevaron a cabo cursos pre-congreso, simposios, talleres, conferencias magistrales y culturales, el Encuentro Nacional de Asociaciones de Pacientes Reumáticos y la Asamblea General de Asociados.

Para participar en este congreso se envió en forma electrónica un resumen estructurado no mayor a 250 palabras, que revisaron expertos en la materia designados por el Comité Organizador. Como el trabajo fue aceptado, el investigador recibió una carta de aceptación con indicaciones precisas sobre fecha y hora de su presentación. Cabe mencionar que no se requiere ser especialista en reumatología para participar y múltiples profesionales de la salud como los epidemiólogos y sanitaristas son invitados. En forma tradicional, los resúmenes de los trabajos presentados en el Congreso se publican año con año en un suplemento especial de la revista Reumatología Clínica (Reumatol Clin.), Órgano Oficial del Colegio Mexicano de Reumatología y de la Sociedad Española de Reumatología. Ésta se encuentra indizada y dispo-

nible en [www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org), donde se permite la visualización de textos completos en forma gratuita.

El Instituto de Salud Pública (ISP) de la Universidad Veracruzana participó en las ediciones 2008 y 2010 del Congreso como resultado de colaboraciones con investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social, particularmente de hospitales de Jalisco y de la Universidad de Guadalajara. En este contexto, investigadores del ISP presentaron en 2008 dos ponencias, una de ellas en sesión plenaria sobre los costos indirectos originados por la incapacidad e invalidez en pacientes con espondilitis anquilosante;<sup>1</sup> y otra en cartel, acerca de la calidad de vida que suelen tener las personas afectadas también por esta enfermedad.<sup>2</sup>

Para la edición 2010 el ISP presentó, en sesión simultánea, un estudio que describe la relación que existe entre la depresión del paciente con artritis reumatoide y la suspensión de su tratamiento farmacológico.<sup>3</sup> Esto es muy importante para el pronóstico de la capacidad funcional del paciente, pues la suspensión del tratamiento lleva a exacerbaciones de la enfermedad que deterioran la calidad de vida en forma muy significativa, así como, comprometen la respuesta terapéutica. Los otros dos trabajos en los que el ISP participó abordaron dos importantes problemas de Salud Pública: la invalidez laboral debido a enfermedades reumáticas<sup>4</sup> y la infección del virus del papiloma humano en mujeres con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico.<sup>5</sup>

Hoy día, existen muchos problemas de salud que por su magnitud o trascendencia adquieren gran relevancia para la Salud Pública. Diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad y síndrome metabólico son algunos ejemplos. Sin embargo, existe un conjunto de enfermedades que tienen en común la afectación del sistema músculo-esquelético y de las cuales pocas veces se mencionan entre los profesionales de la salud. Si alguna vez hemos escuchado hablar de ellas, quizá solemos pensar en enfermedades raras que poco o nada afectan nuestra vida cotidiana o que son privativas de personas longevas. Así, la reumatología estudia un conjunto de enfermedades que, como veremos más adelante, impactan negativamente a grandes grupos de población. Dado que

el objetivo de la Salud Pública es mejorar la salud de las poblaciones, entonces nos tendríamos que preguntar si algunas de las enfermedades reumáticas deberían ser consideradas como posibles problemas de salud poblacional. Por lo tanto, en este documento nos hemos planteado revisar algunos de los trabajos de investigación presentados en el pasado Congreso Mexicano de Reumatología y otros, de índole internacional, que son de interés para la Salud Pública.

## **Prevalencia de las enfermedades reumáticas**

Las enfermedades reumáticas son más frecuentes de lo que algunos suponen. Peláez-Ballestas et al presentaron una descripción de la epidemiología de las enfermedades reumáticas en tres comunidades conurbanas de la Ciudad de México. El estudio reveló que 43% de la población presenta síntomas musculoesqueléticos, de los cuales destacan la osteoartritis (12.8%) y la lumbalgia (11.9%).<sup>6</sup> Estos datos son similares a los de Rodríguez-Amado et al quienes encontraron que 47.8% de la población de áreas rurales y urbanas del estado de Nuevo León presentan algún problema reumatológico.<sup>7</sup> Una prevalencia menor fue reportada en el estado de Yucatán por Álvarez-Nemegyei et al quienes encontraron padecimientos musculoesqueléticos en 23.6% de la población yucateca.<sup>8</sup>

Al grave impacto de las enfermedades reumáticas se le añade el de otros problemas comunes en nuestro país como, por ejemplo, la obesidad, que en México adquiere niveles epidémicos. Espinosa et al observaron una prevalencia alta de exceso de peso (obesidad y sobrepeso) en sujetos con osteoartritis de rodilla lo cual empeora el cuadro clínico generando mayor dolor y deterioro funcional.<sup>9</sup> Por otro lado, el síndrome metabólico, cuya importancia es clara como factor de riesgo cardiovascular, es altamente prevalente en algunas enfermedades reumáticas autoinmunes según diversos estudios, ya que se ha encontrado en 35% de los pacientes con espondilitis anquilosante (Hernández et al)<sup>10</sup> y 36.2% de los pacientes con síndrome antifosfolípido primario (Medina et al).<sup>11</sup> Las enfermedades reumáticas, por otro lado, no son exclusivas de los adultos. Entre las entidades que afectan desde la infancia destacan: la

artritis reumatoide juvenil y las espondiloartropatías juveniles; ambas se presentan en edades tempranas que de no tratarse a tiempo, tienen repercusiones muy severas como deformidades articulares, incapacidad funcional y diversos grados de invalidez con deterioro en la calidad de vida y de su desempeño dentro de la sociedad que continúan hasta la edad adulta.

A continuación, se describen tres enfermedades que en los últimos años han llamado la atención de los profesionales de la salud por su magnitud y trascendencia en nuestra población. Nos referimos a la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico y la espondilitis anquilosante. Si bien, estas enfermedades no son las únicas del campo de la reumatología, son quizá fundamentales para ser tomadas en cuenta por la Salud Pública.

## **Artritis reumatoide**

La artritis reumatoide es la enfermedad reumática que tal vez tenga mayor relación con la Salud Pública por el deterioro funcional que produce y su efecto altamente incapacitante (Morales-Romero et al).<sup>12</sup> Se trata de una enfermedad crónica, inflamatoria, de naturaleza autoinmune y de origen desconocido que afecta principalmente las articulaciones diartrodiales pero no se limita a ellas; también produce manifestaciones en el nivel extra-articular: nódulos subcutáneos, queratoconjuntivitis, síndrome de Sjögren, fibrosis pulmonar, pericarditis, pleuritis, vasculitis, etc. (Turesson et al).<sup>13</sup> Se caracteriza principalmente por producir severas deformaciones en las articulaciones de las extremidades, principalmente manos y pies, desarrollándose erosión ósea, atrofia muscular y rupturas tendinosas.<sup>14</sup> Su prevalencia es relativamente baja si se le compara con otras enfermedades de este tipo. Por ejemplo, un estudio realizado en la ciudad de México señala una prevalencia de 0.3% (Cardiel y Rojas-Serrano);<sup>15</sup> aunque en el nivel mundial, según una revisión realizada por Sangha, la prevalencia llega hasta 1%.<sup>16</sup> Llama la atención un estudio más reciente que encontró una prevalencia de artritis reumatoide de 4.7% en población adulta de una localidad rural de Yucatán (Alvarez-Nemegyei et al),<sup>17</sup> lo que nos parece indicar que la frecuencia de la enfermedad varía de acuerdo con la región. También, la prevalencia es

mayor en personas del sexo femenino a razón de 3.5 a 1<sup>17</sup> y los estudios disponibles no son concluyentes en cuanto a la explicación de esta diferencia.<sup>16</sup> Los sujetos suelen vivir varios años con la enfermedad ya que la edad promedio de presentación es a los 45 años.

Respecto de la mortalidad, ésta es más alta en sujetos con artritis reumatoide que en la población general,<sup>18</sup> con un incremento del riesgo después de los diez años de haber iniciado.<sup>19</sup> Según Gabriel SE tanto la comorbilidad (presencia de enfermedades agregadas a la reumática primaria), como un inadecuado manejo preventivo, inflamación crónica en el nivel sistémico y la mala función del sistema inmune parecen explicar por qué las personas con artritis reumatoide mueren prematuramente.<sup>20</sup>

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas no es sencillo y explica porqué las figuras de prevalencia están subestimadas en el primer nivel de atención, al requerirse que el médico identifique signos y síntomas apoyados por pruebas serológicas (factor reumatoide) y exámenes radiológicos. El Colegio Americano de Reumatología<sup>a</sup> ha establecido que para realizar el diagnóstico de artritis reumatoide se deben identificar al menos cuatro de siete criterios posibles<sup>21</sup> que en conjunto son: 1) Rigidez matutina de más de una hora de duración; 2) Presencia de artritis en tres o más articulaciones; 3) Artritis de predominio en las manos; 4) Artritis simétrica; 5) Presencia de nódulos subcutáneos (también conocidos como nódulos reumatoides o reumatoideos); 6) Factor reumatoide sérico positivo; y 7) Cambios observados en los exámenes radiográficos.

El factor reumatoide consiste en un tipo de inmunoglobulina (usualmente IgM) dirigida contra la fracción cristalizable de otra inmunoglobulina (IgG). Debido a que tiene actividad anti-IgG es considerado un autoanticuerpo.<sup>14, 22</sup> Aunque en conjunto con otras variables clínicas apoya el diagnóstico de artritis reumatoide, su presencia no confirma la enfermedad, pero su ausencia tampoco la descarta.<sup>22</sup> Cuando está presente, a la artritis reumatoide se le conoce como seropositiva. Nuestro equipo de trabajo ha mostrado

en diversas series que el factor reumatoide está presente en 80 a 88% de los pacientes mexicanos con esta entidad. Se ha comprobado que la presencia del factor reumatoide es un predictor de mal pronóstico ya que estos pacientes presentarán cuadros más agresivos de enfermedad erosiva,<sup>23</sup> mayor riesgo de manifestaciones extra-articulares<sup>24</sup> y un incremento en la mortalidad prematura.<sup>25</sup>

El cuadro clínico comprende una gran diversidad de signos y síntomas que el médico tratante debe consignar, de los cuales la rigidez, el dolor y la inflamación articular son los que el paciente reporta con mayor frecuencia. Si la enfermedad se deja evolucionar sin un tratamiento específico se produce deformidad articular permanente. Aquí reside el origen de su efecto incapacitante, pues una vez que se produce la anquilosis de la articulación o las deformaciones, éstas no son reversibles; lo que limita o impide que el paciente realice sus actividades cotidianas, desde vestirse o alimentarse hasta ejecutar actividades laborales. Dificultad para mantener relaciones sexuales con su pareja y depresión<sup>3, 26</sup> son otros elementos muy frecuentes en este tipo de pacientes.

## Lupus eritematoso sistémico

Como su nombre lo dice, se trata de una enfermedad sistémica, crónica, autoinmune, de origen multifactorial que se caracteriza por la afectación de piel, aparato locomotor y múltiples órganos.<sup>27</sup> Es muy común que en esta entidad se formen varios tipos de autoanticuerpos, particularmente los anticuerpos antinucleares.<sup>22</sup> Astenia, fiebre, anorexia y pérdida de peso son datos de actividad de la enfermedad.<sup>27</sup> Otras manifestaciones son: nefropatía, artritis, manifestaciones cutáneas, tendónitis, osteonecrosis, alteraciones neuropsiquiátricas, hematológicas, serositis, manifestaciones pulmonares y cardiovasculares, etc.<sup>27-29</sup> Las manifestaciones cutáneas suelen ser muy frecuentes, de las cuales destacan el eritema malar, lesiones eritematosas, fotosensibilidad, telangiectasias, úlceras y alopecia, entre otras.<sup>27-29</sup>

».....

<sup>a</sup> Puede consultar la página web del Colegio Americano de Reumatología (ACR por sus siglas en inglés) en: <http://www.rheumatology.org>.

Su prevalencia varía dependiendo la región y el método de consignarla. Estudios realizados en Estados Unidos señalan que la prevalencia de lupus oscila entre 53.6 hasta 124 casos por cada 100,000 habitantes.<sup>30, 31</sup> Al igual que en la artritis reumatoide, se trata de una enfermedad que predomina en el sexo femenino a razón de 6 a 1,<sup>28, 29</sup> llegando hasta 10 a 1<sup>27</sup> y se presenta a una edad relativamente temprana, entre los 17 y 35 años.<sup>27</sup>

La mortalidad por esta enfermedad es característicamente más alta que en la población general,<sup>32</sup> aunque gracias a los avances en el diagnóstico y el tratamiento se ha incrementado la tasa de supervivencia.<sup>33</sup> Varios son los aspectos importantes para la Salud Pública en esta enfermedad que incluyen elevada frecuencia de comorbilidad como hipertensión arterial (30%), síndrome metabólico y depresión; además, a pesar de la mejoría de la supervivencia, las tasas de mortalidad continúan siendo altas a mediano y largo plazo por complicaciones cardiovasculares.

Esto se agrava cuando muchos de los pacientes tienen un importante retraso en el diagnóstico, lo cual ha sido demostrado en estudios internacionales en los que han participado, en algunos de ellos, investigadores mexicanos. En éstos se muestra una importante frecuencia de imprecisión diagnóstica en el primer nivel de atención por lo que mayores esfuerzos deberán hacerse para entrenar al médico de primer contacto en la identificación de estas enfermedades. Además, una alta proporción de pacientes con esta enfermedad buscan en la medicina alternativa la solución a sus síntomas, lo que ocasiona abandonos del tratamiento formal llevando a la exacerbación de la enfermedad y a poner en peligro la función de sus órganos y disminuir su supervivencia.

## **Espondilitis anquilosante**

La espondilitis anquilosante es una enfermedad en cuya etimología del nombre denota su principal característica: "anquilosis vertebral".<sup>34</sup> Su etiología es multifactorial.<sup>34</sup> Se trata de una enfermedad inflamatoria, crónica que afecta columna vertebral, tórax y pelvis.<sup>34</sup> También produce artritis periférica, entesitis y manifestaciones extra-articulares tales como uveítis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal.<sup>35</sup> Se le

ha asociado con el antígeno HLA-B27.<sup>35, 36</sup> En estudios mexicanos la frecuencia de HLA-B27 está presente entre 82 y 88%. A diferencia de la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico, es una enfermedad que afecta principalmente al sexo masculino a razón de 3 a 4 veces<sup>37</sup> y suele presentarse antes de los 40 años de edad.<sup>38</sup> Su prevalencia es alrededor de 0.86% de la población.<sup>36</sup>

Dentro del cuadro clínico llama la atención el dolor intenso en los glúteos o en la parte baja de la espalda acompañado de rigidez articular. La sacroilitis es su principal manifestación que suele ser bilateral y simétrica. También se caracteriza por ser altamente incapacitante.<sup>12</sup> La elevada frecuencia de lumbalgia en la población general hace que se deba sospechar espondilitis anquilosante en todo paciente con lumbalgia inflamatoria. Un diagnóstico inapropiado lleva a retardo en el inicio del tratamiento y a secuelas, algunas veces permanentes, lo que afecta la calidad de vida, la funcionalidad, así como el desempeño laboral y social.

Esta entidad constituye una elevada carga para el Sistema de Salud dados los costos directos erogados por tratamientos (medicamentos, rehabilitación y, en caso de requerirse, prótesis articulares); o costos indirectos por las incapacidades laborales que genera llevando a invalidez permanente.

## **Impacto en la Salud Pública**

Resulta interesante observar cómo las enfermedades reumáticas en general son más frecuentes que otras patologías mejor conocidas por la población. Al ser el dolor la principal manifestación inicial, es posible que el individuo afectado recurra a la automedicación de analgésicos o antiinflamatorios de uso común, antes de solicitar atención médica especializada. El panorama se complica si el médico de primer contacto no hace un adecuado diagnóstico o no refiere al especialista indicado. El retraso en el inicio del tratamiento empobrece el pronóstico funcional del paciente. De esta manera se generan altas tasas de incapacidad temporal e invalidez; altos costos por atención médica; costos elevados por productividad perdida; deterioro de la calidad de vida y muerte prematura.



Por lo anterior, la Salud Pública debería voltear hacia el campo de la reumatología y considerar algunas de sus enfermedades como problemas colectivos que afectan no sólo al paciente y a su familia, sino a la sociedad en su conjunto. Ejemplo de ello, un estudio realizado en el servicio de reumatología de un hospital de segundo nivel en Guadalajara, Jalisco, encontró que las tres enfermedades reumáticas que mayor demanda de consulta le generan al Instituto Mexicano del Seguro Social son en orden de frecuencia: artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico y espondilitis anquilosante (Morales-Romero et al).<sup>39</sup> En el mismo trabajo, se encontró que las enfermedades reumáticas atendidas originaron 5790 consultas en un año, de las cuales 47.1% correspondió a artritis reumatoide, 12.7% a lupus eritematoso sistémico y 4.9% a espondilitis anquilosante.

El resto de las consultas (35.3%) se generaron por otras causas como diferentes tipos de artritis: gota; otras espondiloartropatías; reumatismo palindrómico y artritis reumatoide juvenil; artrosis; osteoporosis; esclerosis sistémica progresiva; vasculitis; lumbalgia; dermatopolimiositis; síndrome de atrapamiento nervioso periférico; síndrome antifosfolípido primario; reumatismo de tejidos blandos; fibromialgia, etc. En general, todas las enfermedades reumáticas originaron la pérdida de 2979 días laborables,<sup>39</sup> lo que si multiplicáramos por el pago de la incapacidad correspondiente nos daría una idea aproximada de cuánto se eroga por concepto del pago de incapacidades. Esto no considera aquellos casos en el que el paciente tiene más de un trabajo o empleo remunerado y que, por lo tanto, el impacto de la incapacidad laboral en términos económicos sería mayor.

Una característica que impacta negativamente a los servicios de salud es la frecuencia con la que ocurre la incapacidad laboral. En un estudio de cohorte retrospectiva realizado en pacientes de un hospital de segundo nivel de atención en Guadalajara, Jalisco, se encontró una incidencia acumulada anual similar entre trabajadores con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante (42 y 40%, respectivamente). En otras palabras, de cada 10 pacientes con artritis reumatoide o espondilitis anquilosante, 4 se incapacitarán en el transcurso de un año. En ambas enfermedades, más de 30% de las incapacidades otorgadas fueron

prolongadas; es decir, comprendieron un periodo mayor a los 28 días laborables (Morales-Romero et al).<sup>12</sup> La incidencia de incapacidad laboral detectada en Guadalajara concuerda con algunos de los estudios publicados en el mundo, los cuales, en su mayoría fueron realizados en países europeos.<sup>40,41</sup> Es común que la incidencia reportada en estos países varíe en magnitud dependiendo del tiempo de seguimiento del estudio en cuestión; pero, sobre todo, por la forma como los servicios de salud definen el término "incapacidad". Por ello es importante hacer estudios locales, pues la información generada en estos países desarrollados no necesariamente es extrapolable al nuestro.

Otro aspecto importante a destacar es la edad de los solicitantes de atención médica reumatológica. Es común que se consideren estas enfermedades como propias de los grupos más longevos; sin embargo, los datos disponibles señalan que es posible encontrar pacientes afectados en edades más tempranas. Se ha identificado que el grupo de edad que más solicita atención reumatológica es el de 30 a 59 años (77.3%); seguido por los grupos de mayores de 60 años (17.5%); de 15 a 29 años (4.3%) y de 1 a 14 años (0.9%). Como observamos, 82.5% de los asistentes a reumatología tienen menos de 60 años de edad<sup>39</sup> y de éstos la mayoría desarrolla alguna actividad productiva.

Un problema no menos relevante es la alta demanda de recursos para la atención de las enfermedades reumáticas. De una base de datos obtenida de un servicio de reumatología en un hospital de segundo nivel del Instituto Mexicano del Seguro Social, observamos que tan sólo en artritis reumatoide se prescriben un promedio de siete medicamentos diferentes por cada paciente, los cuales incluyen tanto los fármacos utilizados para tratar la enfermedad como algunos estados comórbidos: hiperlipidemias, hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, depresión o gastropatía medicamentosa.

Las infecciones también son frecuentes en este tipo de pacientes. Sevilla-Godínez et al encontraron que la prevalencia de infecciones es alta en artritis reumatoide (que va de 23 a 45%) y en lupus eritematoso sistémico (30 a 54%).<sup>42</sup> Aunado al arsenal de fármacos empleados debemos considerar el uso

de antibióticos para tratar las infecciones asociadas, de las cuales las más frecuentes son las infecciones de vías respiratorias y las infecciones de vías urinarias.<sup>42</sup>

Además de la polifarmacia utilizada,<sup>b</sup> existe una alta demanda de recursos de atención por exámenes de laboratorio;<sup>c</sup> estudios de gabinete; hospitalizaciones; tratamientos no farmacológicos como rehabilitación física, terapia psicológica y tratamiento ortopédico (incluyendo, en caso de requerirse, el uso de ortesis o prótesis articulares). Especial mención merecen las hospitalizaciones en los servicios médicos de reumatología que suelen ser prolongadas (>5 días). Morales-Romero et al encontraron que hasta 46% de los pacientes hospitalizados tienen estancia prolongada; siendo las infecciones uno de los factores de riesgo más importantes para ello (OR=5.7, IC 95%: 1.3 a 25.3).<sup>43</sup> De aquí se deriva que una gran proporción de recursos económicos en salud son erogados para el tratamiento de estas enfermedades, representando una carga sustancial para el sector salud y para la sociedad.

Aparte de los costos directos originados por atención médica, también se generan elevados costos indirectos por productividad perdida. Por ejemplo, un estudio de cohorte prospectiva de un año de seguimiento realizado en pacientes de Guadalajara encontró que en aquellos con espondilitis anquilosante el costo promedio por día de incapacidad fue de \$211.00 (pesos mexicanos), erogando por cada paciente incapacitado \$15608.00 (pesos mexicanos) (Morales-Romero et al).<sup>1</sup>

No todos los pacientes con artritis reumatoide tienen la misma evolución o curso clínico. Recientemente, un estudio encontró que el tipo de grupo étnico estaría

».....

**b** Se le llama polifarmacia al conjunto de fármacos o medicamentos que el paciente recibe. Dentro de éstos existe un grupo que se indica para inducir la remisión de la actividad de la enfermedad reumática a los que se les ha llamado en su conjunto Fármacos Antirreumáticos Modificadores de la Enfermedad e incluyen: metotrexate, cloroquina, sulfasalazina, azatioprina, D-penicilamina, etc. Recientemente, se han desarrollado nuevas terapias de índole biológica como etanercept e infliximab que modulan algunos elementos de la respuesta inmune.

**c** Algunos de estos incluyen: medición de reactantes de fase aguda (proteína C reactiva y velocidad de sedimentación globular); biometría hemática completa; química sanguínea; pruebas de funcionamiento hepático; análisis citológico y citoquímico de líquido sinovial; cultivos, etcétera.

relacionado con la actividad de la artritis reumatoide temprana o indiferenciada y con la edad de presentación.<sup>44</sup> De acuerdo con el estudio, la población mexicana (compuesta en su mayoría por mestizaje) tendría un riesgo incrementado de presentar artritis reumatoide a edad más temprana y mayor actividad clínica de la enfermedad en comparación con la población caucásica canadiense. La evidencia disponible aún no es concluyente, y se explicaría, en parte, por la presencia de ciertos marcadores moleculares.<sup>44</sup>

Los retardos en el diagnóstico, en la referencia al reumatólogo y en el tratamiento adecuado favorecen una mala evolución de la enfermedad. Por ejemplo, información generada en estudios nacionales ha demostrado que diferir el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide es un factor importante asociado a la invalidez laboral futura del paciente (Morales-Romero et al).<sup>45</sup> Este estudio, hasta donde sabemos, fue el primero en nuestro país en buscar posibles factores de riesgo para incapacidad laboral permanente en mexicanos con artritis reumatoide.<sup>4, 45</sup> Al respecto, como Yelin resalta al citarlo, le llama la atención como factores de riesgo para incapacidad laboral permanente en población mexicana y que coinciden con resultados de estudios realizados en naciones desarrolladas.<sup>46]</sup>

## Qué hacer desde la perspectiva de la Salud Pública

En líneas previas se hizo una breve revisión de varios trabajos de investigación, mexicanos y extranjeros, muchos de los cuales fueron presentados en anteriores reuniones del Colegio Mexicano de Reumatología. Con esto se aproximó al lector a un campo poco considerado por los sanitaristas. El hecho es que las enfermedades reumáticas casi no son mencionadas como potenciales problemas de Salud Pública, por lo que tenemos varias consideraciones que destacaremos.

Primero, es evidente que al no existir un sistema de vigilancia epidemiológica ex profeso para este tipo de enfermedades, no conocemos realmente su patrón de ocurrencia (prevalencia, incidencia acumulada, densidad de incidencia, tasas de sobrevida, letalidad, etc.) De hecho, no están consideradas como de notificación obligatoria por la Norma Oficial Mexicana 017-SSA2-1994 para la Vigilancia Epidemiológica.

Esto abre un área de oportunidad de sumo interés para el profesional de la Salud Pública, al trabajar en colaboración con especialistas del área de reumatología en la realización de un cuestionario que sirva como prueba de tamizaje, y posterior encuesta nacional que detecte manifestaciones y enfermedades de este tipo.

Segundo, en el contexto del médico de primer contacto (médico general, médico familiar, etc.), sin el entrenamiento adecuado, éstas no son patologías fáciles de identificar, lo cual explica por qué suelen pasar desapercibidas en unidades médicas de primer nivel o son confundidas con otras de índole distinta. Por ejemplo, al enviar pacientes con enfermedades reumáticas al especialista, un estudio encontró baja concordancia entre los diagnósticos realizados por el médico de primer contacto y el médico reumatólogo (considerado este último como el estándar de oro).<sup>47</sup> Aquí, otra ventana de oportunidad para la Salud Pública consiste en diseñar programas de educación dirigidos al médico de primer contacto y a la población para que conozcan estas enfermedades y las identifiquen en forma oportuna.

Tercero, por lo que probablemente estas enfermedades deben tomarse en cuenta con mayor énfasis en la Salud Pública por su naturaleza altamente incapacitante. A favor de este punto, llama la atención que dentro de las principales causas de pensión por invalidez reportadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social, la enfermedad articular degenerativa, que incluye a las dorsopatías y artropatías ocupa el primer lugar desde 1997, como causa de invalidez por enfermedades no ocupacionales, por encima incluso de la diabetes, el cáncer y otras más.<sup>d</sup>

¿Qué podemos hacer para disminuir su propiedad altamente incapacitante? Esto es difícil de contestar de manera general; pero, en síntesis, existe consenso de que un diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de cualquier enfermedad reumática mejoran significativamente el pronóstico funcional, la calidad de vida y se reducen los costos asociados. Los sanitaristas

».....

<sup>d</sup> Esta información puede ser consultada en Internet, en la página del Instituto Mexicano del Seguro Social, en la siguiente dirección: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/2E87C3CF-81BF-476A-8599-3EFAB008B73A/0/X.pdf>.

tienen mucho que ofrecer a los especialistas en reumatología, en cuanto a la realización de un diagnóstico de salud nacional sobre enfermedades reumáticas y la puesta en marcha de proyectos de intervención para mejorar la prevención primaria (promoción de la salud y protección específica), secundaria y terciaria dentro de la historia natural de las enfermedades reumáticas. Mejorar la comunicación médico-paciente; vigilar el apego al tratamiento; controlar la comorbilidad y procurar un manejo integral de la enfermedad entre los diferentes profesionales de la salud son sólo algunas de las condiciones requeridas para modificar el panorama, generalmente sombrío, de las enfermedades reumáticas.

Los epidemiólogos también juegan un importante papel en el estudio de las enfermedades reumáticas al requerirse más y mejores estudios de tipo epidemiológico, que avancen en la búsqueda de los patrones de ocurrencia y de aquellos factores de riesgo que se asocian a muchos de los escenarios anteriormente mencionados. Incidencia y prevalencia de padecimientos reumáticos en nuestro país; mortalidad y sobrevivencia; así como predictores del deterioro funcional, del apego al tratamiento, del curso clínico de la enfermedad y de la invalidez laboral, entre otros, son algunas de las líneas de investigación que el epidemiólogo, junto con el reumatólogo, pueden desarrollar.

Todo lo anterior estaría incompleto si no se incluyera la participación del sujeto afectado quien juega un papel más importante de lo que el médico supone. El empoderamiento de la persona en su salud resulta ser una excelente estrategia para enfrentar la enfermedad reumática. La experiencia del padecimiento del sujeto es una fuente muy importante de información que el médico debería considerar. Por otro lado, el acceso del paciente, no sólo a los servicios de salud, sino a los medios de información, constituye un área de oportunidad que debe fomentarse.

La comunicación de experiencias ha propiciado que durante los últimos años se constituyan grupos de ayuda mutua de sujetos con padecimientos reumáticos, que ha derivado en la creación de asociaciones civiles que orientan y ayudan a quien lo solicite, brindando herramientas y conocimientos que les permita enfrentar mejor la enfermedad que

padecen. En México, afortunadamente, cada vez son más las asociaciones de pacientes con enfermedades reumáticas distribuidas a lo largo de nuestro país.<sup>e, f</sup>

En conclusión, señalamos cuatro aspectos muy importantes por lo que algunas enfermedades reumáticas deberían ser de interés para la Salud Pública: 1) Consumen una gran cantidad de recursos que generan altos costos directos e indirectos por concepto de atención médica y productividad perdida. 2) Son generadoras de altas tasas de incapacidad laboral e invalidez por lo que disminuyen los años de vida saludables. 3) Afectan significativamente la calidad de vida, no sólo del sujeto afectado sino también de su familia. 4) Al producir muerte prematura incrementan los años de vida potencialmente perdidos.

En particular, cabe mencionar que el Colegio Mexicano de Reumatología ha hecho importantes esfuerzos para que nuestras autoridades gubernamentales y sanitarias reconozcan la artritis reumatoide como un problema de Salud Pública. Sería un estupendo logro que marcaría el inicio de un marco normativo

».....

**e** En Aguascalientes: la Asociación Lupus Aguascalientes (ALA). En Chihuahua: Grupo Salvador de Lupus Eritematoso Sistémico, AC. En Coahuila: Asociación de Pacientes con Lupus, AC y Asociación de Lupus de Torreón, AC. En el Distrito Federal: El Rostro de la Mariposa, AC; Asociación de Lupus del Distrito Federal; Asociación de Pacientes Reumáticos de México AC; Lucha contra la Esclerodermia AC (AMES). En el Estado de México: Grupo Amigos con Lupus, AC.; Asociación de Lupus de Toluca; Asociación de Apoyo a Niños y Adolescentes con Enfermedades Reumáticas AC; Asociación Mexicana de Pacientes con Artritis Reumatoide. En Guanajuato: Asociación de pacientes con Artritis Reumatoide APAR; Asociación, Guanajuato Capital. En Jalisco: Fundación Mexicana de Lupus, AC; Club de Lupus Centro Médico de Occidente IMSS; Una Sonrisa al Dolor, AC; Mexsinder. En Nuevo León: Lupus Nuevo León Mariposa Roja, AC; ANER. En San Luis Potosí: Lupus Potosino, AC (LUPAC). En Puebla: Fundación Lupus, para mejorar una vida AC; Asociación Mexicana de Reumáticos, AC; Fundación ProPaciente Reumático, AC; FUPPRE AC. En Sinaloa: Asociación Sinaloense de Pacientes con Lupus, AC (ASPALUPUS). En Veracruz: Federación Mexicana de Autoayuda de Enfermos de Lupus, Orizaba, AC (FEMELO). En Chiapas: Asociación de Pacientes Reumáticos del Estado de Chiapas, AC.

**f** Más información sobre estas asociaciones mexicanas, así como sus datos para contactarlas están disponibles en la página web del Colegio Mexicano de Reumatología, en la sección Pacientes, en la siguiente dirección: <http://pacientes.colmexreuma.org.mx>.

tendiente a regular la detección, la prevención y el control de este tipo de enfermedades en México. Esperemos que estos esfuerzos cristalicen en beneficio de los miles de pacientes con esta enfermedad.<sup>g</sup>

## Agradecimientos

Se agradece a la dirección del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana y al Colegio Mexicano de Reumatología el apoyo otorgado para la asistencia al XXXVIII Congreso Mexicano de Reumatología.

## Referencias bibliográficas

1. Morales-Romero J, Villa-Manzano R, Celis A, Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L. Incapacidad e invalidez para el trabajo en espondilitis anquilosante: Parte II, costo estimado en días laborales perdidos [resumen]. *Reumatol Clin*. 2008;4(Supl.1):5-6.
2. Sánchez-Hernández JD, Gonzalez-Lopez L, Martínez-Ramírez J, Morales Romero J, Gamez-Nava JI. Factores asociados a la calidad de vida en espondilitis anquilosante [resumen]. *Reumatol Clin*. 2008;4(Supl.1):37.
3. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Gamez-Nava JI. Suspensión de fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) y síntomas de depresión en artritis reumatoide [resumen]. *Reumatol Clin*. 2010;6(Supl.1):9.

».....

**g** Al inicio de este documento de revisión, se describió a manera de reseña la última edición del Congreso Mexicano de Reumatología y la participación del Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana en el mismo. En realidad, esto sólo ha sido el hilo conductor para argumentar sobre la importancia que tendría para la Salud Pública algunas enfermedades reumáticas. Vale la pena mencionar que el próximo evento del Colegio Mexicano de Reumatología tendrá lugar en Cancún, Quintana Roo, en febrero de 2011, donde se celebrará simultáneamente con el Segundo Congreso Mexicano Canadiense de Reumatología. Ambos eventos representan una valiosa oportunidad para conocer más de estas enfermedades y debatir interesantes trabajos de investigación donde todos los profesionales de la salud tienen cita y, por supuesto, los sanitaristas incluidos.

4. Vázquez-Villegas ML, Cabrera-Pivaral CE, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Morales-Romero J, Miranda JM, et al. Factores de riesgo de invalidez laboral en enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes: una revisión sistemática. *Reumatol Clin.* 2010;6 (Supl.1):10-1.
5. Rojo-Contreras EW, Gonzalez-Lopez L, Olivas-Flores E, Montoya-Fuentes H, Trujillo-Hernández B, Trujillo X, et al. Cambios citológicos e infección por virus del papiloma humano cervical en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso generalizado [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):20-1.
6. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Flores-Camacho R, Navarro-Zarza E, Rivas L, Álvarez-Hernández E, et al. Epidemiología de enfermedades reumáticas en tres comunidades conurbanas de la Ciudad de México: estudio de base comunitaria [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):25-6.
7. Rodríguez-Amado J, Peláez-Ballestas I, Sanin L, Esquivel-Valerio J, Pérez-Barbosa L, Riega-Torres J, et al. Prevalencia de enfermedades reumáticas. Estudio de base regional [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):27.
8. Álvarez-Nemegyei J, Angulo-Ramírez AV, Sanin LH, Espinosa-Cuervo G, Goycochea-Robles MV, Cardiel-Ríos MH, et al. Estudio de prevalencia de enfermedades musculoesqueléticas en el estado de Yucatán con la metodología COPCORD [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):82.
9. Espinosa R, Escalante P, Rosas R, Peña A, Ibañez D, Pineda C. Impacto de la "globesidad" en la osteoartritis (OA) de rodillas en una población mexicana [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):30.
10. Hernández E, Bernard A, Benítez A, Cerpa S, Martínez G, Gutiérrez S, et al. Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes con espondilitis anquilosante [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl.1):22.
11. Medina G, Gutiérrez-Moreno AL, Vera-Lastra O, Saavedra-Salinas MA, Jara LJ. Síndrome metabólico en pacientes con síndrome de anticuerpos antifosfolípido primario (SAFP) [resumen]. *Reumatol Clin.* 2010; 6(Supl.1):19.
12. Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Garcia-Gonzalez A, Lopez-Olivo MA, Villa-Manzano AI, Rosales-Cervantes MC, et al. Motivos y frecuencia de incapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA) [resumen]. *Rev Mex Reumatol.* 2004;19(1):21.
13. Turesson C, O'Fallon WM, Crowson CS, Gabriel SE, Matteson EL. Extra-articular disease manifestations in rheumatoid arthritis: incidence trends and risk factors over 46 years. *Ann Rheum Dis.* 2003;62(8):722-7.
14. González-García T. Clínica de la artritis reumatoide. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 264-76.
15. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol.* 2002;20(5):617-24.
16. Sangha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology (Oxford).* 2000;39 (Suppl 2):3-12.
17. Alvarez-Nemegyei J, Nuno-Gutierrez BL, Alcocer-Sanchez JA. Rheumatic diseases and labor disability in adult rural population. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2005;43(4):287-92. Español.
18. Gonzalez A, Maradit Kremers H, Crowson CS, Nicola PJ, Davis JM 3rd, Thernau TM, et al. The widening mortality gap between rheumatoid arthritis patients and the general population. *Arthritis Rheum.* 2007;56(11):3583-7.
19. Radovits BJ, Fransen J, Al Shamma S, Eijsbouts AM, van Riel PL, Laan RF. Excess mortality emerges after 10 years in an inception cohort of early rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(3):362-70.
20. Gabriel SE. Why do people with rheumatoid arthritis still die prematurely? *Ann Rheum Dis.* 2008;67 (Suppl 3):iii30-4.
21. Jacobsson LT, Knowler WC, Pillemer S, Hanson RL, Pettitt DJ, McCance DR, et al. A cross-sectional and longitudinal comparison of the Rome criteria for active rheumatoid arthritis (equivalent to the American College of Rheumatology 1958 criteria) and the American College of Rheumatology 1987 criteria for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37(10):1479-86.
22. López-Longo FJ, González-Fernández CM. Autoanticuerpos. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 126-36.
23. Goronzy JJ, Matteson EL, Fulbright JW, Warrington KJ, Chang-Miller A, Hunder GG, et al. Prognostic mar-

kers of radiographic progression in early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2004;50(1):43-54.

**24.** De Rycke L, Peene I, Hoffman IE, Kruithof E, Union A, Meheus L, et al. Rheumatoid factor and anticitrullinated protein antibodies in rheumatoid arthritis: diagnostic value, associations with radiological progression rate, and extra-articular manifestations. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(12):1587-93.

**25.** Gonzalez A, Icen M, Kremers HM, Crowson CS, Davis JM, 3rd, Therneau TM, et al. Mortality trends in rheumatoid arthritis: the role of rheumatoid factor. *J Rheumatol.* 2008;35(6):1009-14.

**26.** Morales-Romero J, Lopez-Olivo MA, Villa-Manzano AI, Garcia-Gonzalez A, Hernández-Romo JA, Gamez-Nava JI, et al. Dolor y percepción de dificultad para relación sexual: factores de riesgo para depresión en artritis reumatoide [resumen]. *Rev Mex Reumatol.* 2003;18(1):34.

**27.** Rodríguez-García A, Zea-Mendoza AC. Etiopatogenia y manifestaciones clínicas del lupus eritematoso sistémico. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 286-300.

**28.** Agarwal I, Kumar TS, Ranjini K, Kirubakaran C, Danda D. Clinical features and outcome of systemic lupus erythematosus. *Indian Pediatr.* 2009;46(8):711-5.

**29.** Jallouli M, Frigui M, Hmida MB, Marzouk S, Kaddour N, Bahloul Z. Clinical and immunological manifestations of systemic lupus erythematosus: study on 146 south Tunisian patients. *Saudi J Kidney Dis Transpl.* 2008;19(6):1001-8.

**30.** Ward MM. Prevalence of physician-diagnosed systemic lupus erythematosus in the United States: results from the third national health and nutrition examination survey. *J Womens Health (Larchmt).* 2004;13(6):713-8.

**31.** Hochberg MC, Perlmuter DL, Medsger TA, Steen V, Weisman MH, White B, et al. Prevalence of self-reported physician-diagnosed systemic lupus erythematosus in the USA. *Lupus.* 1995;4(6):454-6.

**32.** Uramoto KM, Michet CJ, Jr., Thumboo J, Sunku J, O'Fallon WM, Gabriel SE. Trends in the incidence and mortality of systemic lupus erythematosus, 1950-1992. *Arthritis Rheum.* 1999;42(1):46-50.

**33.** Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the

rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(3):229.

**34.** Sanmarti-Sala R. Espondiloartritis anquilosante. En: Alonso-Ruiz A, Álvaro-Gracia JM, Andreu-Sánchez JL, Blanch J, Collantes-Estévez E, Cruz-Martínez J, et al., editores. *Manual S.E.R. de las enfermedades reumáticas.* 3era. ed. Madrid (España): Editorial Médica Panamericana; 2002. p. 397-408.

**35.** Shaikh SA. Ankylosing spondylitis: recent breakthroughs in diagnosis and treatment. *J Can Chiropr Assoc.* 2007;51(4):249-60.

**36.** Braun J, Bollow M, Remlinger G, Eggens U, Rudwaleit M, Distler A, et al. Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. *Arthritis Rheum.* 1998;41(1):58-67.

**37.** Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, Boonen A, Zink A. Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis.* 2002;61 (Suppl 3):iii8-18.

**38.** Feldtkeller E. Age at disease onset and delayed diagnosis of spondyloarthropathies. *Z Rheumatol.* 1999;58(1):21-30.

**39.** Morales-Romero J, Cázares-Méndez JM, Gamez-Nava JI, Triano-Paéz M, Villa-Manzano AI, Lopez-Olivo MA, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin.* 2005;1(2):87-94.

**40.** Barrett EM, Scott DG, Wiles NJ, Symmons DP. The impact of rheumatoid arthritis on employment status in the early years of disease: a UK community-based study. *Rheumatology (Oxford).* 2000;39(12):1403-9.

**41.** Boonen A, van der Heijde D, Landewe R, Spoorenberg A, Schouten H, Rutten-van Molken M, et al. Work status and productivity costs due to ankylosing spondylitis: comparison of three European countries. *Ann Rheum Dis.* 2002;61(5):429-37.

**42.** Sevilla-Godinez RE, Gonzalez-Lopez L, González-Rangel MA, Morales-Romero J, Gamez-Nava JI. Prevalencia de infecciones en pacientes con artritis reumatoide y lupus eritematoso sistémico. *Rev Mex Reumatol.* 2003;18(1):71.

**43.** Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Rodriguez-Arreola BE, Aguilar-Chávez EAG, Gamez-Nava JI. Factores asociados a estancia intrahospitalaria prolongada en hospitalizados a reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Rev Mex Reumatol.* 2005;20(1):46.

**44.** Xibillé-Friedman D, Montiel-Hernández JL, Hitchon C, El-Gabalawy H, Burgos-Vargas R, Hernández GS, et al. Diferencias en la actividad de la artritis reumatoide

(AR) temprana/indiferenciada y la AR establecida, entre mestizos mexicanos, indígenas canadienses y canadienses de origen caucásico, así como su asociación con el epítipo compartido. *Reumatol Clin.* 2010;6(Supl. 1):2.

**45.** Morales-Romero J, Gonzalez-Lopez L, Celis A, Rodriguez-Arreola BE, Cabrera-Pivaral CE, Gamez-Nava JI. Factors associated with permanent work disability in Mexican patients with rheumatoid arthritis. A case-control study. *J Rheumatol.* 2006;33(7):1247-9.

**46.** Yelin E. Work disability in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol.* 2007;19(2):91-6.

**47.** Gamez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez-Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol.* 1998;37(11):1215-9.

# La atención a la salud en Canadá. Una perspectiva

## Attention to health in Canada: A perspective

Guillermo Fajardo Ortiz\*

Roberto Antonio Olivares Santos\*\*

### Resumen

En este trabajo se esboza el sistema de atención a la salud de Canadá, descrito como una coordinación de diez planes provinciales y tres territoriales de seguro de salud, los que protegen íntegramente y dan importancia a los aspectos de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Creado hace ya cinco décadas, sus cambios han obedecido a razones sociales, económicas, políticas y médicas. El propósito sin embargo es el mismo: cobertura universal, independientemente de las posibilidades económicas de las personas.

### Abstract

In this paper is presented in general, the Canada's Health care system, it has been a work in evolution since inception. Changes have been made over the past five decades and will continue in response to social, economics, political and medical reasons. The purpose, however, will continue the same: universal coverage provided on the beginning of need, rather than the individual ability to pay; it is best described as a coordination system of ten provincial and three territorial health insurance plans with integral protection with emphasis in health promotion and disease prevention.

» **Palabras clave:** Atención, salud, Canadá.

» **Key words:** Care, health, Canada.

### Dinámica

El sistema de atención a la salud de Canadá, iniciado hace cinco décadas, está en proceso de mejoría continua como respuesta a dinámicas médico-sanitarias, demográficas, sociales, tecnológicas y económicas. Desde un enfoque político-administrativo se describe como una interconexión de "planes de salud semejantes" de las 13 entidades federativas de Canadá: diez provincias y tres territorios. Su descripción es importante por la "unicidad" que presenta.

A diferencia de otros países en los que la orientación política define o por lo menos modula los servicios de salud, en Canadá los partidos dominantes (Conservador Progresista y Liberal Nacional) han apoyado los principios fundamentales de la atención a la salud: universalidad, "integralidad", accesibilidad y no lucro.

El sistema de salud canadiense es posible concebirlo como el resultado de combinaciones del individualismo sajón; la actividad solidaria de los grupos francófonos así como las acciones y experiencias de emigrantes europeos, que han dado lugar a la construcción de un sistema de salud adecuado a necesidades y recursos, basado en la confianza recíproca de habitantes y autoridades públicas, siendo la tercera fuente de empleo, después de los sectores manufacturero y comercial.

\*Profesor Titular "C" tiempo completo. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Educación Médica Continua. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. fgortiz@servidor.unam.mx.

\*\*Académico. Profesor Adjunto. División de Estudios de Posgrado. Subdivisión de Educación Médica Continua. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México. rosti@servidor.unam.mx.



## Fundamentos y resultados

La atención a la salud en Canadá se sustenta en cinco pilares:

1. Cobertura universal. Abarca a toda la población residente.
2. Servicios integrales. Comprende promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades.
3. Accesibilidad. No hay barreras por razones de enfermedad, edad, sexo, actividad laboral, residencia, etcétera.
4. Portabilidad. Se conservan los derechos a los servicios de salud aun cambiándose de residencia.
5. Administración pública no lucrativa. Es de carácter gubernamental, sin fines lucrativos.

En el sistema de salud canadiense se ha logrado: eficiencia macroeconómica, satisfacción del usuario, efectividad técnica, productividad aceptable, libertad de elección por los pacientes y autonomía de los proveedores de servicios; se dedica a la salud de 9 a 10% del PIB.

Las estadísticas vitales figuran entre las mejores del mundo. En la práctica los resultados del sistema de salud son satisfactorios: de 1961 a 2008 la esperanza de vida al nacimiento aumentó en siete años, en la actualidad es de 80.9 años; la mortalidad infantil disminuyó más de tres veces, en el presente es de 5.4; el número de médicos por mil habitantes se elevó de 1.2 a 1.9 y sus honorarios se incrementaron en relación con los ingresos de la población en general; el número de camas se ha mantenido constante respecto al número de habitantes, de 3.6 por cada mil personas.<sup>1</sup>

## Financiamiento

Su financiamiento es básicamente con fondos públicos –impuestos– sin embargo los servicios se otorgan en forma privada. Las autoridades públicas cubren los honorarios de los médicos con base en pago por servicio, según tarifas previamente aprobadas por las asociaciones médicas y los gobiernos. En ciertos casos hay contrataciones gubernamentales.<sup>2</sup>

En otros términos el financiamiento y la prestación médica se ejercen en forma separada.

Hay cinco tipos de financiamiento de acuerdo con el origen de los fondos: federales, provinciales, locales, empresariales y privados. Los recursos federales se reparten entre las provincias y los territorios, en forma descentralizada; también se comparten con la Royal Canadian Mounted Policia (Policía Real Montada de Canadá). Se dirigen a la investigación y la promoción de la salud; provienen de los impuestos y constituyen 75% del financiamiento total. Los recursos de las provincias, además de originarse en transferencias del nivel federal, se constituyen con lo que cada provincia aporta. Las aportaciones locales provienen de los gobiernos correspondientes, su monto es muy pequeño. Los fondos empresariales están destinados a la atención de trabajadores en caso de accidentes o enfermedades del trabajo y constituyen menos de 1% del presupuesto de salud. Los fondos de origen privado se encaminan a servicios que no cubren plenamente los servicios de salud gubernamental: algunas medicinas, ciertas atenciones dentales y determinadas prótesis.

## De 1939 a 2009

Canadá fue un dominio británico, bajo la autoridad de un gobernador. Después de la Segunda Guerra Mundial (1939–1945) se convirtió en miembro de la Comunidad Británica. Su gobierno es parlamentario y bilingüe oficialmente (francés–inglés). Hasta los años 40 del siglo pasado su servicio médico se basaba por una parte en el modelo inglés, al seguir una estructura compuesta por hospitales comunitarios y práctica privada; los colegios reales de medicina, cirugía y ciencias determinaban los tipos de estudios médicos. Por otra parte, la estructura de los aspectos tecnológicos y comerciales semejaba a la atención médica estadounidense: ejercicio médico individual competitivo y lucrativo; multiplicidad de seguros médicos privados; hospitales no lucrativos y gastos médicos individuales elevados.

En 1942 en la provincia agrícola de Saskatchewan, caracterizada por sus manifestaciones sociales, se

organizó un seguro público que cubriera gastos hospitalarios de todos sus habitantes; su antecedente era el “Plan Doctor Municipal”, estructurado en 1914 con el propósito de eliminar barreras financieras de acceso a los servicios médicos. En 1945, con base en la experiencia de Saskatchewan en cuanto a gastos hospitalarios, el gobierno federal propuso a todas las provincias compartir el financiamiento de los servicios hospitalarios. En Saskatchewan se pusieron en práctica en 1947 y en 1950 tres provincias más lo adoptaron; el resto de entidades federativas lo rechazó, pues favorecían la atención privada.

En 1956 el gobierno federal envió al parlamento la iniciativa denominada Hospital Insurance and Diagnostic Service Act (Ley del Seguro de Hospitalización y Servicios de Diagnóstico). Ésta indicaba que los gastos de internación en hospitales y diagnóstico se compartirían a partes iguales, entre el gobierno central y las provincias. La Ley entró en vigor en 1957, para 1961 todas las provincias y territorios la habían adoptado. En 1959 la provincia de Saskatchewan amplió la atención médica abarcando servicios extrahospitalarios: consulta externa, medicamentos, rehabilitación y otras prestaciones. Posteriormente en 1962 la ampliación se extendió a todo Canadá, no sin problemas, durante tres semanas hubo una huelga: los médicos no deseaban perder clientela.

En 1961 el Partido Liberal Nacional, que se encontraba en la oposición, propuso un plan de seguro médico nacional, subsidiado federalmente y administrado por cada provincia. Entonces el gobierno del primer ministro John Diefenbaker (1895-1979) del Partido Conservador Progresista, bajo presión de la Canadian Medical Association (Asociación Médica Canadiense), designó una comisión para examinar y opinar sobre la propuesta. Con gran sorpresa en 1964 los conservadores recomendaron la adopción de un programa de seguro médico semejante en financiamiento al propuesto por el Partido Liberal Nacional y como consecuencia en 1966 se promulgó el Medical Care Act (Ley de Atención Médica).

En los dos años y seis meses siguientes todas las provincias habían establecido el plan y en 1972 se encontraba en vigencia en los territorios; como consecuencia las compañías de seguros médicos

privados se minimizaron. El programa tuvo tres efectos no positivos: a) Elevación de los gastos por atención hospitalaria; b) Limitación en el financiamiento de programas comunitarios y c) Aprobación de los gobiernos provinciales para que los médicos cobraran “extras” por servicios que no cubrían el seguro médico nacional.

En 1977 el Parlamento determinó un nuevo sistema de financiamiento, estableciendo que los fondos para la atención a la salud destinados a las provincias y territorios serían de acuerdo con la relación de impuestos obtenidos, el crecimiento demográfico y la variación en el PNB (Producto Nacional Bruto). Por otra parte, el gobierno federal acordó aportar 20 dólares canadienses per cápita ajustable al PNB con destino a servicios extrahospitalarios y servicios de consulta externa. Hubo nuevamente problemas entre los gobiernos provinciales y de los territorios con los médicos, debido a los cobros por servicios extras, y que las autoridades rechazaban. El problema quedó resuelto cuando en 1980 el gobierno federal recomendó la eliminación de dichos cobros, después de conformarse una comisión *ad hoc*.

En 1983 el Partido Liberal, en el poder, propuso en la Canadian Health Act (Ley de Salud para Canadá), eliminar los cargos extras;<sup>3</sup> el Parlamento lo aprobó un año después. En la provincia de Ontario los miembros de la Asociación Médica Canadiense determinaron ir a un paro; el 12 de junio de 1984 la mitad de médicos acordó suspender actividades, excepto en los servicios de urgencias. La opinión pública estuvo en contra del movimiento y la Asociación suspendió el paro. Actualmente en Canadá la atención a la salud privada tiene poca importancia, pues los seguros médicos privados no pueden incursionar en áreas cubiertas por los servicios gubernamentales.

Para comprender íntegramente la estructura de la salud en Canadá es necesario apuntar que el Ministerio de Salud es responsable de conservar y mejorar la salud de los canadienses, dependencia que tiene como pilar el Health Portafolio que comprende a su vez otros organismos, entre los que se refiere la Public Health Agency of Canadá (Agencia de Salud Pública de Canadá), que tiene como objetivos proteger la salud y dar seguridad a los canadienses

en particular; prevenir enfermedades crónicas, como cáncer y enfermedades cardíacas; además de evitar accidentes y confrontar emergencias sanitarias y brotes de enfermedades infecciosas.

## Servicios de salud

La atención a la salud ha conjugado varios sistemas: la Atención Primaria de la Salud (APS), la medicina familiar, los servicios hospitalarios y los servicios domiciliarios.

La APS es la base del sistema de atención, el lugar de entrada del usuario al sistema. Está coordinada por un médico, una enfermera u otro profesional de la salud; equipos de salud que atienden a individuos, familias o comunidades. Su conducta es proactiva en cuanto a prevención de problemas y fomento de la salud; además de que hay una relación estrecha entre la APS y los otros niveles de atención a la salud.

En la medicina familiar un componente básico es el médico de familia, profesional seleccionado libremente por los beneficiarios y preparado para resolver apropiadamente las necesidades correspondientes; es totalmente aceptado por la sociedad. Dichos profesionales están en general satisfechos con su ingreso económico. Durante los estudios de posgrado de medicina familiar, los profesionales que han decidido al graduarse ejercer en poblaciones de tamaño mediano o pequeño son objeto de prestaciones especiales.

Las personas atendidas en APS pueden ser referidas a otros médicos de familia, médicos de otras especialidades, hospitales, instituciones de atención prolongada o su domicilio. La consulta directa de un paciente a un médico especialista es la excepción; los especialistas desean y deben coordinarse con los médicos de familia. La mayoría de los hospitales son públicos, a cargo de cuerpos de gobierno de las comunidades, organizaciones voluntarias o autoridades municipales. Las instituciones de atención prolongada –asilos– están financiadas por los gobiernos provinciales o territoriales; la internación y la alimentación son pagadas por los beneficiarios, pudiendo ser subsidiados por los gobiernos correspondientes. En caso de atención a domicilio o

comunitaria se otorgan servicios gubernamentales de enfermería y domésticos.

En algunas provincias hay servicios adicionales: psicológicos, odontológicos, quiroprácticos, etc. Hay restricciones en cuanto a servicios dentales, razón por la que alrededor de 40% de la población tiene un seguro privado para atención dental.

El sistema de salud de Canadá tiene otras peculiaridades:

- Gastos administrativos bajos, si se comparan con los de Estados Unidos: 18 dólares anuales por persona versus 95 dólares en Estados Unidos.
- Utilización óptima de instalaciones y equipos costosos, se evita la duplicación y subutilización, debido a la regionalización de los servicios.
- Enfoque creciente al practicar acciones de promoción y protección de la salud y prevención de enfermedades.
- Desarrollo de informática en todos los servicios.
- Subrogación en los establecimientos médicos a empresas privadas de los servicios de alimentación, limpieza y lavandería.
- Evaluación permanente de los servicios de salud por comisiones provinciales.
- Participación comunitaria (consejos distritales), que analizan los presupuestos asignados a la salud, pero no controlan el ejercicio del presupuesto.

## Los médicos

El sistema canadiense dispone de un número semejante de médicos familiares y de especialistas. Médicos internistas, pediatras y otros especialistas, están acreditados por el Royal College of Physicians and Surgeons (Colegio Real de Médicos y Cirujanos); en tanto los médicos familiares lo están por el College of Family Physicians of Canada (Colegio de Médicos Familiares de Canadá). En las escuelas de medicina de Canadá hay departamentos de medicina familiar,

que estructuran residencias no consideradas por el Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.

El informe de enero 11 de 2006 del Canadian Institute for Health Information (Instituto Canadiense de Información de la Salud) expresó que en el año 2004, 9% de todos los médicos en Canadá trabajaban en el medio rural o en pequeñas comunidades, donde se encontraba una quinta parte de la población. El documento agregaba que los médicos familiares eran más requeridos que los médicos especialistas.<sup>4</sup>

La equidad de los servicios médicos es una realidad en Canadá. La proporción de médicos por habitante no es muy diferente entre las provincias. Los incentivos financieros para radicar en zonas menos pobladas y otras prestaciones para los médicos que deciden vivir después de recibirse en las ciudades pequeñas han favorecido una distribución casi satisfactoria de los profesionales de la medicina.

## El Informe Lalonde

La mejoría de la salud de la población en Canadá tiene una tradición importante, basada en la salud pública, la promoción de la salud y la Atención Primaria de la Salud. Se originó en 1974, año en que el gobierno federal dio a conocer el "White Paper. A New Perspective on the Health of Canadians" conocido también como el Lalonde Report (Informe Lalonde), documento en el que se propusieron cambios en los estilos de vida, medio social y físico para mejorar la salud, prácticas que serían más útiles que gastar en atención médica curativa. El Informe Lalonde motivó la estructura de exitosos programas, proactivos de promoción de la salud, creando conciencia de los riesgos a la salud por realizar conductas y estilos de vida personales, familiares y sociales inadecuados referentes a alcoholismo, tabaquismo, nutrición, sedentarismo, etcétera.<sup>5</sup> Una guía para la atención a la salud basada en el famoso informe Lalonde fue "A New Perspective on the Health of Canadians" (Una perspectiva nueva sobre salud para los canadienses), documento importante que informó a la población y orientó la política de salud al señalar que en la atención de la salud, los servicios médicos, la medicina preventiva y los exámenes médicos periódicos tienen igual importancia que la herencia, el ambiente y el

estilo de vida, la protección ambiental, la regulación sanitaria de alimentos y bebidas, la publicidad de alcohol y tabaco, la promoción de la salud, el ejercicio físico y las dietas adecuadas.

## Otros servicios

Canadá ha desarrollado otros servicios médicos con el propósito de disminuir las demandas de atención hospitalaria y los costos elevados, sin afectar la calidad de las mismas. Algunas innovaciones han sido:

Atención domiciliaria. Los enfermos en recuperación posthospitalaria, que no necesitan la infraestructura hospitalaria, reciben servicios domiciliarios otorgados por enfermeras visitadoras que se ocupan de la vigilancia de signos vitales, la alimentación y los cuidados higiénicos.

Hospitales extramuros. Los pacientes reciben en su domicilio servicios hospitalarios proporcionados por personal profesional, disponen de equipo portátil y están bajo la responsabilidad de un hospital de base. La modalidad se inició en la provincia de Nueva Brunswick en 1981; también se le conoce como "Hospital en la casa" u "Hospital sin paredes". Los servicios se otorgan a pacientes con problemas agudos y crónicos.

Clínicas Médico Quirúrgicas. En instalaciones mixtas con servicios de consulta externa, hospitalización general y cirugía, se realizan intervenciones diagnósticas y quirúrgicas que no ameritan estancias mayores a 24 horas.

Hospitales de día para enfermos mentales. Durante el día, los pacientes con problemas mentales controlados están en hospitales, donde se les proporcionan tratamientos; al llegar la noche regresan a su domicilio.

## Health Canada

Otro pilar del Health Portafolio es el departamento federal llamado Health Canada (Salud Canadá), responsable de colaborar en la conservación, la mejoría de la salud general de los canadienses y el favorecimiento de calidad de los servicios que se otorgan,

respetando las individualidades y circunstancias de diversa índole. La meta del departamento, de acuerdo con su misión y visión es que Canadá continúe calificando en el grupo de los países más saludables del mundo, teniendo en cuenta:

- Investigación científica de elevada calidad.
- Realización de encuestas para conocer y satisfacer las necesidades de la población.
- Información a los habitantes en cuanto a prevención y protección de enfermedades y protección contra riesgos probables.
- Participación activa de la población en el cuidado de su propia salud, por ejemplo actividades físicas y alimentación adecuada.

En el sistema de salud de Canadá, una mejor atención de salud es una necesidad y una responsabilidad de Health Canada y de todos los habitantes, deseándose estándares de servicios, de calidad y de seguridad para los pacientes. Los prestadores de servicios de salud, investigadores, diseñadores de políticas y público tienen como propósito la mejora continua en términos de calidad y excelencia de los servicios.

Se han realizado estudios en instituciones de atención a la salud orientados a determinar problemas y fijar prioridades. Al respecto, el Canadian Patient Safety Institute (Instituto Canadiense de Seguridad del Paciente) se ha ocupado, entre otros temas, de tiempos de espera en consulta externa para que los pacientes reciban servicios médicos con oportunidad.<sup>6</sup>

## Retos

El sistema de salud de Canadá confronta los siguientes retos:<sup>7</sup>

1. Listas de espera prolongada en atención quirúrgica.

2. Inaccesibilidad a cierta tecnología de punta.
3. La universalidad, "integralidad", portabilidad y gratuidad del sistema tiende a promover un "consumo" médico elevado por parte de los beneficiarios.
4. La estructura administrativa de los servicios médicos no favorece siempre la innovación en la prestación de servicios y en las modalidades de financiamiento.
5. Los gastos en salud están en incremento.

## Comentario final

En Canadá la atención médica tiene características de homogeneidad, situación no ajena a razones culturales, ideas y creencias. Canadá se ha inclinado por el modelo de Seguridad Social de William Beveridge (1879-1963), otorgamiento de prestaciones sociales de carácter universal, sostenidas impositivamente, lo que ha favorecido elevados niveles de salud.

## Referencias bibliográficas

1. Canadian Institute for Health Information. Statistics Canada. Health Care in Canada, Ottawa. 2005.
2. Robertson EC. Health Legislation Trends in Canada 2001-2005. Pan American Health Organization Washington, D.C. 2006.
3. Harvey AG. An explanation of Canada's Health Insurance Program Hospitals. Chicago. Illinois, U.S.A. 1943;17:79-82.
4. Pong R, Pitblado R. Geographic Distribution of Physicians in Canadá: Beyond How Many And Where? Canadá Institute for Health Information. Ottawa, Canadá. 2005.
5. Health Canada. Health Care System. July, 2006.
6. Health Canada. About Health Canada. Northern Ontario. Canada, 2006.
7. Canadian Institute for Health Information. Health Care in Canada.

# La descentralización de la salud en México, hacia el diseño de políticas públicas en gobiernos locales

## The Health Decentralization in México, Towards Local Government Policies

José Luis Coronado Ramírez\*  
Celso Ramón Sarmiento Reyes\*\*

### Resumen

Este trabajo penetra en uno de los temas básicos de la construcción de los sistemas de Salud Pública en México: la descentralización. No sólo como un marco y un antecedente de la estructura actual de la oferta de servicios, desde los años ochenta del siglo pasado, sino como un proceso esencial relacionado con el diseño de políticas públicas y el peso que día con día se incrementa en los gobiernos locales.

Se define y argumenta el concepto de descentralización; se recuerdan sus antecedentes sobresalientes; se trata la experiencia en las instituciones de Salud Pública en México y se concluye reflexionando en las implicaciones en los gobiernos locales a partir de la planeación como una puerta de entrada al diseño de políticas públicas en los ámbitos locales de salud.

### Abstract

This work introduces us to one of the basic issues on the construction of Public Health systems in Mexico: the decentralization. Not only as a framework and background to the current structure of supply of services, from the eighties of last century, but as an essential process related to the policy design and its weight in local government.

It defines and argues the concept of decentralization, recalls his background and his experience in the Public Health institutions in Mexico, and concludes by reflecting on the implications for local government from the planning, as a gateway to the policy design in local health areas.

» **Palabras clave:** Descentralización, Salud Pública, gobiernos locales.

» **Key words:** Decentralization, Public Health, local government.

### Introducción

Ha sido difícil abstraerse de la propaganda oficial en torno a la descentralización como panacea en materia política y administrativa, porque a partir de los años ochenta del siglo pasado se ha visto singularmente incorporada en el discurso político y penetrado en las estructuras gubernamentales, desde los altos niveles administrativos hasta los estratos operativos en prácticamente todos los rincones del país.

No obstante los cambios efectuados en las esferas administrativas educativas y sanitarias, se ha analizado poco el conjunto de sus efectos en la tendencia burocrática centralista que pervive, así como al contexto económico, político y social de nuestro país. Por ello, el objetivo inmediato del presente texto es observar con detalle los hechos que anteceden y acompañan las políticas de descentralización que nos permitirán acercarnos a la comprensión de sus efectos y a las bondades, si las tiene, en la tarea de aproximarse al mítico ideal modernizante contemporáneo.

Un punto de referencia para este escrito parte de la posición que al decidir entre políticas centralistas o descentralizadas, previa discusión ideológica y po-

».....»

\*Doctor en Ciencias Sociales. Profesor e Investigador de Tiempo Completo. Secretario Académico de la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, México. JoseL.CoronadoR@gmail.com.

\*\* Doctor en Ciencias Sociales. Profesor e Investigador de Tiempo Completo de la Licenciatura en Desarrollo Regional y de la Licenciatura en Administración Pública en la División de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad de Guanajuato, México. celso@leon.ugto.mx.

lítica, implica una idea de avance y superación, aun cuando pudiera calificarse de mítica, debido a las ventajas de la modernidad idealizadas<sup>1</sup> y aún implícitas en los discursos cotidianos en torno al progreso y al desarrollo.<sup>2</sup> Los seres humanos en países no desarrollados estamos esperanzados en vivir mejor. En el fondo nuestra visión optimista del mundo, aun cuando pretende ser un poco más crítica, es todavía compartida.

Un primer paso es definir un marco de comparación con el cual se contrastará lo ocurrido; es decir, que no se puede discutir de procesos descentralizadores sin dejar más o menos establecido en qué consisten, a partir de las diferentes propuestas literarias en boga, intentando aclarar desde un principio un concepto tan matizado y asociado a los cambios sociales actuales. Posteriormente se abordarán los rasgos más sobresalientes del contexto nacional en el cual han ocurrido y se han propuesto políticas asociadas al federalismo y la descentralización. Y al final se dejan las repercusiones observadas en las políticas sociales en el sector salud, en el cual se han llevado a la práctica (a la par que en educación), el conjunto de prácticas descentralizadoras.

## **Acerca del concepto de descentralización**

En la actualidad se encuentran diferentes aproximaciones al concepto mismo, dado que se complica el panorama con su uso y, sobre todo, mal uso. Se puede partir de que la descentralización es lo opuesto a la centralización, pero con ello no nos acercaremos mucho a su definición. Sobre todo porque, aún viviendo casi 30 años de experiencias más o menos cercanas a la descentralización, ésta no se percibe con claridad. Tal vez por conocer y vivir más cercanamente todavía los procesos centralizados que los descentralizados.

La descentralización es básicamente un proceso de decisión en la que ocurre una transferencia de autonomía; es decir, una institución o un funcionario público traslada la posibilidad y responsabilidad (o un conjunto de ellas) de llevar a cabo una decisión de política pública, de un ámbito central (nacional o federal) a otro no centralizado (estatal o municipal), reconociendo su derecho y su capacidad de ejercer

tal decisión. En el caso de políticas de descentralización, la naturaleza del proceso es en esencia administrativa y tiene ligados procesos de carácter político, económico y social.

Un argumento en favor de su naturaleza administrativa lo observamos con el hecho de que un proceso de descentralización bien ocurre en un gobierno federal o en uno unitario, dependiendo más que nada de la naturaleza del problema acerca del cual se decide. La diferencia será que en la forma de gobierno federal la descentralización se negociará entre los ámbitos de gobierno y a partir de consensos se delimitará su intensidad y alcances. En un gobierno de forma unitaria, simplemente se transferirán las funciones y atribuciones necesarias desde el gobierno central.

Generalmente se acepta que la descentralización es una transferencia de funciones de gobierno, entendidas como las capacidades de intervenir en la solución de problemáticas concretas a través de políticas públicas diseñadas e instrumentadas desde el propio ámbito donde se generaron y donde actuarán. Es claro que las funciones de gobierno son más amplias que las administrativas e implican otros tipos de procesos, fundamentalmente políticos encaminados a legitimarse, que intervienen y delimitan las opciones administrativas en forma.<sup>3</sup>

## **Antecedentes del proceso de descentralización en México**

El centralismo político y administrativo como ejercicio de gobierno es lo que realmente tiene ricos antecedentes en México; incluso como una interesante herencia de los españoles desde el siglo XVI y toda la Colonia. En el siglo XIX hubo periodos considerados ya clave en las posibilidades de modificar tal centralismo; entre 1823 y 1847 se construyó uno de los antecedentes formales de mayor repercusión en la estructura federal de nuestros días: la Constitución de 1824 que resolvía las tensiones entre las regiones y el centro o, si se prefiere, entre las élites regionales y la nacional.<sup>4</sup> Se afirma que fue imposible instrumentarlo, pero sin duda contribuyó a iniciar la construcción de una nación, aun cuando el éxito haya sido sólo parcial desde el punto de vista jurídico, ya que en

sucesivas etapas históricas resurgiría el centralismo político-militar, además de las invasiones y guerras regionales. Es hasta la Constitución de 1857 cuando deja de cuestionarse intensamente la estructura federal de gobierno.

Fernando Silva<sup>5</sup> menciona que es a partir de los años setenta del siglo pasado que hubo una acción más clara e integrada hacia un desarrollo regional equilibrado con políticas públicas que incidieron tanto en algunas regiones particulares de México, como el Istmo de Tehuantepec, o como en Baja California, donde se crearon incentivos para la inversión en zonas preferenciales. Señala una diferencia sutil, pero con marcado énfasis, en lo que sería conocido con el membrete de “desarrollo compartido”, que pretendía concretar la idea de programas intersectoriales y aplicados a microrregiones. Y eran eso efectivamente, planes y programas aplicados sectorialmente desde el centro.

La coordinación intergubernamental es referida por Aguilar Villanueva<sup>6</sup> desde mediados de la década de los setenta del siglo pasado con la creación de instrumentos administrativos orientados en un inicio para las entidades federadas menos desarrolladas. En su trabajo se refiere a los Comités Promotores del Desarrollo de los Estados (COPRODES) y a los Convenios Únicos de Coordinación (CUC). Se crearán organismos gubernamentales para el desarrollo regional como la Comisión Nacional de Desarrollo Regional, la Dirección General de Desarrollo Regional de la Secretaría de la Presidencia y los COPRODES organizados desde el centro y se irá ampliando el panorama de la política pública orientada al desarrollo regional y hacia los problemas municipales. Para la década de los ochenta, la política se mantuvo y la planeación todavía conservó su retórica “descentralizante”, comenzando a incrementar los instrumentos de planeación regional.

Fue notable el esfuerzo de llevar la planeación hacia los municipios para concretar ejercicios de participación en la estrategia y en las preferencias de los agentes locales;<sup>7</sup> en particular los Comités de Planeación del Desarrollo Estatal (COPLADES). Ese esfuerzo tuvo una amplia aceptación en los municipios significativamente urbanizados que no contaban con

la influencia dominante de una ciudad capital, así como en aquellos en los que el desarrollo propio se consideraba intermedio y cuyo ejercicio democrático se requería para recibir mayores beneficios de la planeación sectorial; en particular los derivados de los Convenios Únicos de Desarrollo (CUD), instrumentos por medio de los cuales se pretendió dar un marco jurídico a las inversiones conjuntas Federación-Estados-Municipio.

Se tiene como resultado, entonces, que la descentralización como política federal ha venido fortaleciéndose en diversos ámbitos regionales; al mismo tiempo han existido una serie de constantes en el ejercicio de cada sector con verdaderos callejones sin salida. Por ejemplo en la educación, cuyos efectos negativos hasta la fecha son una verdadera evidencia del grado de pauperización del sector y de los atrasos en niveles escolares del conjunto de la población. O en el de salud, cuando las descentralizaciones fueron verdaderas luchas por mantener influencia y supremacía en los segmentos del sector.

Al finalizar el siglo XX los procesos descentralizadores comenzaban a experimentar trabas serias y resultados pingües, que sugerían un discurso agotado ante una realidad empecinada en conservar sus rasgos autoritarios y centralistas con un avance a destiempo y muy heterogéneo en la práctica, dada la diversidad de intereses por parte de los diferentes agentes, tanto del centro como de cada estado y región. En particular las numerosas etapas y sus desfases no serían alguna traba al cumplimiento de los programas; empero lo que se adjudicaría a las condiciones de las regiones involucradas, se puede adherir ahora a la escasa continuidad y poca concertación intersectorial, así como unas incipientes relaciones intergubernamentales, cuando de políticas públicas en estados y municipios se trata.

No existe todavía una autonomía en la administración de recursos, salvo la que establece el Artículo 115 de la Constitución. No se considera que la solución se ubique en intentar hacer más eficientes a las instituciones de la Federación cediendo lo que hasta esa fecha han considerado su responsabilidad, puesto que lo único que realizará es una “transferencia de funciones burocráticas” hasta los lugares y regiones



que se estime conveniente. Y eso implica solamente un criterio (o mejor dicho que privilegia solamente un criterio): el administrativo. Para cumplir con una mayor cantidad de funciones, se requiere forzosamente una mayor cantidad de atribuciones y una muchísimo mayor confianza en la capacidad de decisión autónoma. El caso de la Salud Pública lo hace evidente. En sentido figurado, aumentar la burocracia estatal y municipal con los problemas que se derivan de ello, no es negativo en sí mismo, sino las diferentes implicaciones de su organización, así como su capacidad y autonomía técnica.

## **La experiencia centralización-descentralización en la Salud Pública**

La formación de lo que actualmente denominamos Sistema Nacional de Salud es una nomenclatura reciente. Sin embargo, tiene su historia y nos revela mucho de los esfuerzos y de las frustraciones de personalidades e instituciones por cumplir con la función elemental de garantizar el acceso a la atención médica a la población mexicana, a través de sus diversos subsistemas, entre los que destacan el de seguridad social y el denominado asistencial.

El primero de ellos lo representa, de entre otros, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y ha contado con la infraestructura en salud de mayor complejidad y envergadura de todo el país. Brinda atención a población con derechos laborales amparados en la Constitución mexicana y atiende a poco menos de la mitad de la población total de país.

El segundo, está representado por la Secretaría de Salud (SS) y brinda atención a la población abierta. Junto con el programa IMSS-Oportunidades atiende, en papel, otro 40% de la población nacional; es decir a la población no amparada por el Artículo 123. Además de asumir funciones sanitarias de supervisión y control epidemiológico para toda la población nacional, derivadas de la misma Carta Magna y de la Ley General de Salud. Aquí se incluyen todos los institutos nacionales de salud, plausiblemente concentrados y centralizados.

A partir del 2003 la SS diseñó e implementó una política pública de gran alcance que ha pretendido brindar una cobertura de atención médica a esta población, creando un Sistema de Protección Social en Salud, mejor conocido como “seguro popular”. Éste fue considerado desde su inicio como el “brazo operativo del Sistema”,<sup>8</sup> cuya esencia busca todavía la cobertura universal de servicios de salud, a través del aseguramiento público y voluntario de personas que no son derechohabientes en alguna otra institución. Este seguro incluye 266 intervenciones médicas descritas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud. Su limitación principal es que sigue funcionando como un enorme subsidio, sin lograr, por múltiples causas (calidad, cobertura, eficiencia, etc.) convencer a estratos no ubicados en extrema pobreza a asegurarse y pagar anticipadamente los servicios que brinda el sistema.

Al lado y como parte de este segmento gubernamental operan también instituciones como el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA). Además existen paralelamente los centros de salud universitarios y unidades de la Cruz Roja Mexicana que fundamentalmente procuran atención de primer nivel en la modalidad de primeros auxilios, transportación de lesionados y urgencias médicas, sin descuidar su intervención en situaciones de vulnerabilidad social a través de acciones humanitarias. Todos ellos con una participación intensa en la prestación de servicios, pero modesta en la cobertura nacional.

Además, se ha formado y reconfigurado paulatinamente un sector particular de la salud, con empresas privadas cada vez más amplias y complejas. De los sanatorios asistenciales religiosos, cuyo origen se remonta al siglo XVI pero de carácter civil hasta el siglo XIX con las leyes de Reforma; a los actuales consorcios hospitalarios se llega en inicios del siglo XXI a una variedad amplia de empresas aseguradoras, con mayor influencia en las principales ciudades del país. Tampoco es despreciable el número de mexicanos, en estados fronterizos que utiliza los servicios médicos en el extranjero, principalmente Estados Unidos.

¿Cómo se llegó a esta segmentación? Ya en 1934 se conformaron los primeros organismos regionales de Salud Pública, curiosamente con sus propias reglamentaciones estatales y agrupados en las coordinaciones estatales (Servicios Coordinados de Salud Pública) y cuya función era la de coordinarse con los esfuerzos del gobierno federal. Se tenía una oportunidad interesante para esa época; es decir, partir de la necesidad real de cada territorio estatal —por muy disímulo que se considere— para cubrir las funciones propias con criterios propios y autonomía. En esa época el Departamento de Salubridad llegó a asignar hasta 40 veces más recursos per cápita a los Servicios Ejidales Cooperativos, funcionando en solamente 13 estados por su importancia económica en la producción agrícola, que a los Servicios Coordinados de Salud de los estados.<sup>9</sup> Ello no duraría mucho tiempo, “el ímpetu centralizador que caracterizó a la vida nacional, llevó, a la práctica, a convertir esas unidades en dependencias federales”<sup>10</sup> y se fue consolidando una centralización de los servicios de salud, durante cerca de 50 años.

En el intervalo de los años treinta a los ochenta las instituciones de salud se diversificaron y especializaron en diferentes rubros. Lo que implicó un esfuerzo posterior de “sectorización” que significó el agrupamiento de todo servicio público de salud bajo la coordinación de la secretaría del ramo. El clímax de la centralización, interpretado como un paso obligado para una posterior descentralización.

Hasta principios de los años ochenta la prioridad fue la ampliación del sistema con el propósito de avanzar en la cobertura a población marginada a través de diversos programas. En esa década se inició el Programa IMSS-Coplamar, cuyo inicio formal de actividades fue en 1979, en coordinación con el Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados, que daría origen posteriormente, en 1989 al programa IMSS-Solidaridad y después en 2002 al IMSS-Oportunidades.<sup>11</sup> El 25 de agosto de 1982 fue creada la Coordinación de los Servicios de Salud de la Presidencia de la República, habiéndose logrado elevar a rango constitucional un año después (el 30 de agosto de 1983) el derecho a la protección de la salud con carácter universal.

De 1988 a 1994 la descentralización durmió el sueño de los justos, sin mayor preocupación, dado que la política centralista de atención a la pobreza denominada Programa Nacional de Solidaridad tuvo el papel protagónico en la atención a la población abierta, dependiendo directamente del Ejecutivo Federal. Una vez transcurrida la epopeya presidencialista, y con la pena de contar con menores recursos que descentralizar y más población depauperada que atender, de 1996 a 1998 se concluyó con la transferencia de “obligaciones operativas” al resto de los estados.

Es obvio que para algunas entidades fue positiva esta política, en particular para aquellas en las que el rezago era mayor o la amplitud y complejidad del sistema hicieron una transferencia de “menos” problemas. Pero para las entidades con situaciones demográficas complejas y de notable jerarquía, dicha política nada resolvió. Solamente evidenció la incapacidad de la burocracia estatal para asumir los compromisos que ella misma debía dimensionar y —con sus propios recursos y particularidades— enfrentar.

Este proceso de descentralización fue demagógicamente titulado “modernización” del sector salud, haciendo la distinción entre dos ámbitos: uno el normativo, de competencia exclusivamente federal; y el operativo, a cargo de los servicios estatales y de las instituciones federales prestadoras de servicios.<sup>10</sup> Haciendo énfasis en dos reordenaciones, una dentro del pacto federal —que sería la descentralización no lograda— y otra territorial —la cual corresponde directamente a una desconcentración—.

Si el centralismo transformó todo el sistema de salud inhibiendo la actuación estatal y “federalizando” al personal y sus capacidades técnicas a lo largo de aproximadamente 50 años, una reforma puramente funcional no tuvo mayor trascendencia en el involucramiento de amplios sectores sociales en las decisiones locales, ni fortaleció alguna práctica democrática. Solamente las entidades regionales fueron llevadas de la mano (con normas, criterios y financiamiento negociados con los gobiernos estatales) a cumplir metas y coberturas dictadas desde el centro.

Los ejercicios de evaluación reportan resultados tan disímiles entre sí, como lo son las realidades económicas y políticas a lo largo del país. Para 1992, Miguel Ángel González-Block<sup>12</sup> había encontrado la causa del no cumplimiento del programa de descentralización, insistiendo que el verdadero problema fue la “crisis económica” del momento y evaluando positivamente lo logrado hasta ese momento. Pero en 1993 se publicó un breve pero revelador ejercicio en el que se concluía que “la desconcentración administrativa era realmente muy difícil de tipificar como un proceso de descentralización” y aportaba evidencias claras de las limitaciones al mismo.<sup>13</sup>

Avanzados los años noventa se plantea ya la posibilidad de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) auspiciados por la Organización Panamericana de la Salud como un paso más en el proceso de descentralización:

Los Sistemas Locales de Salud pueden otorgar el ámbito adecuado para lograr la participación social, la acción intersectorial, la efectiva descentralización y el control de las decisiones y el uso de los métodos más efectivos de planificación y gestión en función de las necesidades de cada grupo de población.<sup>14</sup>

Para que comiencen a constatarse resultados se afirma que el potencial de los SILOS “va a depender de la capacidad de gestión y coordinación sectorial e intersectorial a nivel local”.<sup>12</sup> Lo que nos hace reflexionar seriamente en la carencia de experiencia en el ejercicio de la participación social, planificación y gestión por los agentes locales. Y no se desestiman tales posibilidades.

La oferta vigente, en materia de servicios de salud, está enmarcada en el Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000, emitido por el Poder Ejecutivo Federal como mandato al Artículo 26 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y de las distintas leyes de planeación vigentes.<sup>9</sup>

La inquietud actual en la oferta de servicios de Salud Pública para el gobierno federal mexicano, tal como en la década pasada, se centra en la solución a los problemas crónicos en cuanto a la coordinación

y el funcionamiento del sistema de salud nacional, reconociendo la forma “casual, segmentada y acumulativa”<sup>9</sup> del modelo con severos problemas de una participación escasa del ámbito privado, que “no protege a las familias frente a gastos extraordinarios” y con un sistema público que enfrenta rendimientos decrecientes en calidad y eficiencia, así como duplicidades e insuficiente cobertura. Todo ello, al parecer, en forma importante para todas las regiones del país, por la semejanza con la totalidad del sistema, con la clara excepción de las grandes ciudades mexicanas.

El gobierno federal, al finalizar el siglo pasado, se planteó la necesidad de revisar la fuerte liga del sector con la planta productiva para transformarla en un sistema de amplia cobertura, dirigida a una población abierta. A pesar de valorarse como pernicioso el hecho de no mantener una cobertura mínima (de aproximadamente 10 millones de habitantes en todo el país) y tomando en cuenta la posibilidad de una participación mucho más activa del sector privado en la oferta de servicios; al finalizar el siglo XX tuvo una cobertura, en el país de 30% en camas censables, 34% en médicos y 32% en consultas médicas.

Además del punto anterior, es ahora de sumo interés el hecho de considerar la propuesta de “programas regionales” dadas las características de las distintas partes del territorio; aunque, realmente, viendo con detenimiento su descripción, da la impresión de establecer programas nacionales con aplicaciones diferenciadas a distintos estados de la República y no programas propiamente regionales. En esa línea se encuentra el proceso de descentralización propuesto, en el que se plantea que los estados cuenten con “un mayor margen de acción y autodeterminación que les permita cumplir con sus propios medios los objetivos nacionales”.<sup>9</sup> En otras palabras, se pretendió turnar a los estados aquellas funciones que la Federación no ha logrado realizar satisfactoriamente como promoción, servicios preventivos, atención médica, fomento sanitario y sistemas de información. El único problema pendiente fue el cómo.

A principios del siglo XXI, como se mencionó arriba, la estructura de la población sujeta a atención médica quedó estructurada en tres grandes estratos

o segmentos. Primero, el sujeto a reglamentaciones contractuales laborales y fuertemente ligado al aparato productivo nacional, a quienes la atención médica es brindada por ley y bajo condiciones negociadas de manera centralizada, básicamente por la Ley del Seguro Social; está constituido por la población derechohabiente o legal. El IMSS tiene la mayor cobertura de este estrato. También se consideran los sistemas de seguridad social y médica que brindan protección a burócratas federales y estatales, donde sobresale el ISSSTE y, en mucha menor medida, los relacionados con instituciones militares. Todos con sus propias leyes y reglamentaciones. En este estrato los recursos utilizados provienen fundamentalmente de los ingresos gubernamentales, distribuidos como partidas y fondos gubernamentales transferidos y ejercidos por las entidades e instituciones responsables, donde los derechohabientes aportan recursos en forma parcial.

Segundo, el estrato que comprende a miembros de empresas familiares e independientes, como profesionales, comerciantes, pequeños propietarios o ejidatarios, cuyas opciones están en la estructura privada paralela al sistema de salud pública o en su inclusión voluntaria a esta última. Sus decisiones están ligadas a la dinámica del mercado de servicios privados en salud, aun cuando cuantitativamente se presume un grupo reducido, sin embargo hacen falta mayores datos. Está constituido por el total de la población que posea capacidad de pago del servicio demandado. En este estrato el usuario aporta casi la totalidad de los recursos utilizados. Recientemente se publicó un reporte especial de los servicios de salud privados,<sup>15</sup> del cual se extraen conclusiones interesantes, como que este sector asiste preferentemente en un segundo nivel de atención, con marcado énfasis en medicina especializada y a considerable distancia de la medicina preventiva y popular; prefiriendo espacios urbanos y comercialmente redituables.

Y tercero, el grupo de los marginados, cuyas demandas son actualmente consideradas dentro de la “población abierta” y sujeta a programas específicos en franca desconcentración administrativa, lista para emprender nuevos derroteros regionales. Es la población no derechohabiente y que no posee capacidad de pago para servicios personales de salud. A ellos

los gobiernos orientó el principal interés político con el “seguro popular”. Aquí se ubica el mayor número de mexicanos en situación de pobreza de capacidades.

## **Conclusión**

**La planeación y la descentralización de la Salud Pública son una puerta abierta para el diseño de políticas públicas en gobiernos locales.**

La planeación como herramienta para alcanzar niveles de bienestar deseables ha transitado como concepto y como realidad por senderos de aplicaciones generalmente desafortunadas. Teóricamente se vislumbra como John Friedmann<sup>16</sup> la propone en los marcos de procesos sociales de reforma, aprendizaje, de movilidad y de análisis de política recapitando en los primeros planteamientos dados por Alfred Weber como el concepto básico de la ideal y típica construcción de la burocracia como la racionalizada y racionalizante institución contemporánea por excelencia para lograr fines como la coordinación, la evaluación y el control de acciones con una jerarquía necesaria. De tal manera que la planeación se considera un elemento en la burocratización de la vida; “el más racional medio para ejercitar el control sobre los seres humanos”.

La planeación desde el principio fue vista como una alternativa de política, siendo una de las fuerzas racionalizadoras en la vida social. Es por ello que los planeadores eran provocados con frecuencia a observar los procesos políticos como un obstáculo hacia la materialización de la razón en el mundo. En este sentido, Weber contribuyó en la fractura entre la política y la planeación, al sugerir la separación del estudio objetivo de lo que “realmente existe” de lo que “debería existir” (tal parece que hace referencia a las consecuencias de acciones en el futuro). Y hasta la fecha la discusión se mantiene.

Ahora bien, por una parte la planeación es concebida generalmente como aquella que incide en la producción y distribución de la riqueza, intentando disminuir las desigualdades sociales antes que las regionales y, por otra, es obvio que ello no es suficiente dadas las disparidades regionales, incluso en ámbitos estatales y frecuentemente municipales.<sup>17</sup>

Si bien se considera que una política económica nacional tendiente a disminuir las disparidades sociales y a elevar el nivel de vida de la población debe existir como tal; también se debe tomar en cuenta que las disparidades regionales son una traba para el desarrollo económico del todo nacional. Al menos en México esto es muy evidente. Sin regiones con una fortaleza económica y por lo tanto democrática, las políticas económicas sectoriales serán un fracaso.

Otro estudioso de la planeación y el desarrollo regional, Sergio Boisier,<sup>19</sup> nos introduce en la búsqueda de opciones cuyos planteamientos destacan la oportunidad brindada por los procesos de descentralización política y territorial haciendo énfasis en el fortalecimiento del “débil eslabón de la equidad” y las posibilidades de un mejor acceso a recursos socialmente escasos, entre los que incluiríamos, por supuesto, a la salud. Nos acerca a lo que denomina una nueva dimensión de las políticas públicas, haciéndonos repensar la variable tiempo, en función de los ajustes culturales necesarios para los procesos de descentralización.

En el caso de México, existen tres ámbitos formales de gobierno: el central o nacional, el estatal y el municipal. En ellos tres reside formalmente una soberanía que define la estructura de su propio gobierno, con las funciones administrativas más o menos claras que se derivan de sus respectivas constituciones, leyes y reglamentos. Las capacidades y la legitimidad de los ámbitos estatales y municipales dependen en la práctica de la madurez económica y sociopolítica de la entidad y la articulación de diversos niveles de desarrollo de sus propias regiones. Existen 31 unidades administrativas estatales (y el Distrito Federal) y un poco más de 2400 municipales. Estas últimas son las que consideramos como organizaciones de gobierno locales.

Los gobiernos locales en México, aun cuando legalmente son fáciles de definir, ya que constitucionalmente tienen un cuerpo jurídico y normativo bien establecido, en los hechos existe gran heterogeneidad en sus capacidades e independencia de acción. Observamos desde municipios altamente industrializados y densamente habitados, con predominio de zonas urbanas definidos por una ciudad o siendo perimetrales a ellas; hasta los municipios

totalmente rurales, poco habitados y relativamente desarticulados de la economía nacional. Las asimetrías son tan amplias que resulta difícil caracterizar un solo tipo de gobierno local, con rasgos homogéneos en cuanto a sus capacidades jurídicas y de autonomía reales. Ése sería el primer gran problema en torno a las posibilidades de descentralización de determinadas políticas públicas hacia los ámbitos locales de gobierno.

De acuerdo con la teoría, la implantación de una política pública también trae a colación cómo se relacionan las esferas políticas y administrativas en la puesta en marcha de las acciones acordadas. Son de dos formas: primero de manera tradicional y jerárquica, arriba-abajo (esfera política decide, esfera administrativa pone en marcha). Y segundo, de manera “descentralizada”, de abajo hacia arriba, en la que los gobiernos locales deciden las dimensiones de sus programas y los tipos de servicios que prestarán (siempre dentro de los marcos normativos de la agencia federal en cuestión), buscando coincidir con los objetivos (que comparten) de los gobiernos central y estatal.

Es necesario remarcar que en esta segunda práctica de instrumentar políticas públicas, el ciudadano se ubicará mucho más cercano, tanto a sus gobernantes como a la administración encargada de resolver su problema o atenderlo. La política pública, en este caso, se someterá más directamente al juicio ciudadano y a la valoración de ella por el impacto causado, legitimándose o no ante la población en forma estrecha y constante.

Un último punto a discutir será en cuanto a las responsabilidades del gobierno local. Y es aceptable pensar que tanto la dimensión de las capacidades, como la eficacia y eficiencia del gobierno local le permitirán o no adquirir tales y tan deseables responsabilidades. Pero recordemos que no podemos pedirle peras al olmo. De poco sirve que las leyes y los reglamentos tengan bien definidas las funciones gubernamentales en el nivel municipal si sus gobiernos se enfrentan a una heterogeneidad de situaciones donde, en un extremo, las capacidades locales están limitadas por tales reglamentaciones y un centralismo evidente; y, en el otro extremo las capacidades locales reclaman apoyo y correspon-

sabilidad constante de instancias estatales y/o federales. La centralización y la descentralización de los servicios personales de salud reclaman análisis de cada caso y decisiones acordes con las capacidades de cada gobierno local.

Si los gobiernos locales no tienen la capacidad política ni administrativa de participar en las soluciones a sus problemas prioritarios, entonces dependerán de políticas públicas centralistas como única vía efectiva (temporal o no) de solucionar reactivamente las apremiantes necesidades locales, aun cuando ocupe su silla en la mesa de negociaciones. Sólo con una participación política ciudadana estrecha (en el marco federalista de preferencia) y con la profesionalización de la burocracia (en ámbitos de su competencia), se iniciará la adquisición de capacidades y responsabilidades en los ámbitos locales. Y la responsabilidad será compartida, legitimada y evaluada por los ciudadanos, determinando incluso cuales serían tales responsabilidades.

Es indiscutible que las diferentes dimensiones políticas, económicas, culturales y ambientales reclaman acuerdos en su abordaje, porque existen problemas que trascienden lo local y cuya solución solamente tiene opciones claras con enfoques globales o nacionales. De la misma forma, existen problemas de carácter económico laboral, urbano territorial o socio-cultural que distribuirán competencias y responsabilidades distintas en lo estatal o lo local.

Finalmente es importante reflexionar en los resultados evidentes de las políticas descentralizadoras de los servicios de salud en México. Además de las buenas intenciones y de los intentos por hacer universal los servicios de salud a los mexicanos, debemos reconocer que los procesos descentralizadores han sido insuficientes, erráticos y mal orquestados.

La realidad epidemiológica actual permite reconocer lo evidente: los estados y municipios de México no cuentan con personal ni recursos para enfrentar con sus propios medios los retos epidemiológicos que se vislumbran. Lejos de aprovechar la incipiente descentralización y el flujo de recursos vía programas sexenales y presupuesto federal para optimizar su infraestructura y capacidades,

los estados han repetido la lección mal aprendida por la Federación durante los 50 años anteriores: inflar los servicios hospitalarios y burocratizar al personal médico en niveles poco vistos en otros países. No es un problema de escala, es de organización.

Las políticas erráticas han tenido su impacto, pocos o casi nadie se detienen a pensar que no se ha permitido consolidar ningún sistema estatal (o regional) de salud fuera del centro. La investigación y las decisiones importantes en políticas públicas en salud siguen siendo tomadas en la capital de la República. El flujo de recursos para la salud a las entidades (y sus municipios) depende de gestiones y coyunturas políticas nacionales. No de las propias necesidades locales. Los problemas regionales de salud como dengue, paludismo, influenza, VNO, son monitoreados y controlados todavía desde lugares remotos. Cuando los insuficientes recursos (humanos y tecnológicos) no son capaces de detectar y combatir por sí mismos los brotes epidémicos.

Las consecuencias económicas de las epidemias trascienden la capacidad sectorial, pero no le quitan su cuota de responsabilidad al sector salud. Sigue siendo válida la reflexión de Platón cuando señalaba que una mejor ciudad se lograría con ciudadanos sanos. Parecería entonces que el centralismo resolvería la capacidad de reacción ante los eventos epidemiológicos; sin embargo, es todo lo contrario. Se deben fortalecer la vigilancia epidemiológica local, la organización hospitalaria en el ámbito estatal y la atención primaria en el municipal. Debe realizarse investigación, construirse laboratorios, incentivar una mejor distribución de medicinas y, por supuesto, mejorar la organización intergubernamental, dentro del Sistema Nacional de Salud y fuera de él.

## Referencias bibliográficas

1. Solé Carlota. Modernidad y modernización, México: Universidad Autónoma Metropolitana y Anthropos. 1998. 305 p.
2. Wallerstein I. Después del liberalismo. México: UNAM-Siglo XXI. 1998. 268 p.
3. Bañón R, Carrillo E. La legitimidad de la Administración Pública. En: Bañón R, Carrillo E, compiladores.

La nueva Administración Pública. Madrid: Alianza Editorial; 1997. p. 51-75.

**4.** Zoraida VJ. La Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos 1824. En: Galeana P, compiladora. México y sus Constituciones. México: FCE-Archivo General de la Nación. 1998. p. 78-95.

**5.** Silva F. Planeación regional y descentralización. En: Blanca Torres, Descentralización y democracia en México. México: Colegio de México. 1986. p. 135-159.

**6.** Aguilar-Villanueva, LF. El Federalismo mexicano: Funcionamiento y tareas pendientes. En: Hernández-Chávez, coordinadora. ¿Hacia un nuevo federalismo? México: FCE-COLMEX. 1996. p. 138-160.

**7.** Instituto Nacional de Administración Pública. Guía Técnica No. 10. La Planeación del Desarrollo Municipal. México: Centro de Estudios de Administración Municipal del INAP; 1985. p. 3.

**8.** Ortiz M. El Seguro Popular. Una crónica de la democracia mexicana. México: FCE-INSP-SS-Fundación Mexicana para la Salud; 2006. p. 10.

**9.** Poder Ejecutivo Federal. Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000. México: PEF. 1995. p.2-72

**10.** Jeannetti DE. Descentralización de los servicios de salud. En: Torres B, compiladora. Descentralización y democracia en México. México: Colegio de México; 1986. p. 175-203.

**11.** Frenk J, Gómez-Dantés O. Para entender el sistema de salud en México. México: Nostra Ediciones; 2008. p. 26.

**12.** González-Block MA. La descentralización del sector salud en México. Alcances y limitaciones de los sistemas locales de salud. Salud Pública Mex 1992; 34: 117-33.

**13.** Cardozo-Brum M. La descentralización de servicios de salud en México. Gestión y Política Pública. 1993; 2(2): 365-91.

**14.** Naciones Unidas, OMS-OPS. Programa Regional de Promoción y Protección de la Salud. Ciudades y Municipios Saludables. En: OPS. Ciudades. Análisis de la coyuntura, teoría e historia urbana. 1997. No.33, 53- 58.

**15.** Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Estadísticas del sector salud y seguridad social. Aguascalientes: INEGI. 2000. p. 141-335.

**16.** Friedmann J. Planning in the Public Domain: From Knowledge to Action. Princeton: Princeton University Press; 1987. p. 87- 136.

**17.** Coronado-Ramírez JL. Políticas públicas de Atención primaria a la salud en la Frontera Norte de México [Tesis doctoral]. México: El Colegio de la Frontera Norte, A. C. 2004. p. 3.

**18.** Boisier S. Las relaciones entre descentralización y equidad. Revista de la CEPAL, 1992; 46: 113-31.

# **Social Determinants of Health: The Solid Facts** **Por Michael Marmot y Richard G. Wilkinson (eds.)** **Great Britain, Oxford University Press, 2006. 366 p.**

Dulce Ma. Cinta Loaiza\*

.....»»

El libro que aquí se reseña corresponde a la segunda edición de *Social Determinants of Health: the Solid Facts*, publicado en 2003. En la primera, los mismos editores reunieron trabajos con evidencias de que la problemática de la salud es algo que va más allá de la provisión de servicios de salud.

La discusión de los determinantes sociales de la salud está abierta desde hace muchos años, tanto en instancias, por ejemplo la Organización Mundial de la Salud, como en departamentos de salud pública, de medicina social, de ciencias de la población, de estudios fiscales, etc. En todas estas áreas la preocupación fundamental son las inequidades sanitarias que prevalecen en buena parte del planeta y que, en términos de los análisis realizados, en gran medida resultan de las políticas sociales y económicas.

En otras palabras, la mala salud de los pobres, el gradiente social prevaleciente dentro de los países y las enormes desigualdades sanitarias entre los países, están provocadas por una distribución inequitativa en los niveles mundial y nacional de conceptos como el poder, el estatus socioeconómico, el ingreso y la exclusión social que de la privación de ellos deriva. Se considera que las inequidades que estos elementos determinan hacen que los individuos carezcan de una vida plena y de calidad al no poseer niveles de vida saludables.

La segunda edición incluye 16 investigaciones recientes en el campo de los determinantes sociales de la salud que abordan no sólo el gradiente social de la salud, la epidemiología social, así como las condiciones psicosociales y materiales; también analizan aspectos de etnicidad y salud, comportamientos sexuales, personas mayores, problemas habitacionales y de

vecindades. Todos los autores tienen amplio prestigio en su campo y comparten la visión de que la salud no es simplemente comportamientos individuales o exposición a los riesgos, sino que la estructura social y económica de una sociedad determina su salud.

En el artículo "Social organization, stress and health", los autores revisan la interrelación entre estatus socioeconómico, estrés y salud; para ello analizan los procesos biológicos del estrés y así establecer la conexión con el contexto social. El trabajo empírico utilizado presenta la relación entre la secreción de cortisol y el estatus socioeconómico de las poblaciones masculinas de mediana edad de Lituania y Suecia.

La investigación "Early life", de Michael Wadworth y Suzie Butlerword, profundiza en el conocimiento de los procesos biológicos y sociales que determinan la salud mental y física en la niñez, lo que a su vez impacta la salud en la vida adulta. La idea principal de la investigación, que incluye información sobre países de ingresos bajos, medios y altos, fue derivar políticas públicas para incrementar la salud en la niñez.

David Blane en su trabajo "The life course, the social gradient, and health" establece que el 'curso de la vida' de una persona es vista como una combinación de elementos biológicos y sociales que interactúan, pues el desarrollo biológico individual se da en contextos sociales que se presentan ante las personas de manera desigualitaria. Con información de Estados Unidos, Noruega y Escocia, el autor interrelaciona los conceptos de salud, estructura social, acumulación social, movilidad social y protección social, que lo llevan a delinear un variado conjunto de acciones sobre las políticas de distribución del ingreso, de movilidad ocupacional, de vivienda, educativas, etcétera.

».....»»  
\*Investigadora. Instituto de Salud Pública. dcinta@uv.mx.



En "Health and labour market disadvantage: unemployment, non-employment and job insecurity", los autores Mel Bartley, Jane Ferrie y Scott M. Montgomery, reúnen evidencias de las implicaciones que las condiciones del mercado de trabajo tienen para la salud de la población en las sociedades industrializadas de principios del siglo XXI. Utilizando datos de distintas épocas de varios países de Europa, los investigadores analizan el efecto del desempleo en la salud, relacionándolo con la pobreza y los comportamientos dañinos hacia la salud. Concluyen que el impacto de la inseguridad laboral afecta seriamente los niveles de salud de los trabajadores, por lo que las políticas tanto del mercado de trabajo como de la atención a la salud deben replantearse.

El trabajo de Michael Marmot, Johannes Siegrist y Tores Theorell, "Health and the psychosocial environment at work", reconoce que la salud en el medio del trabajo se ha movido de las enfermedades ocupacionales tradicionales hacia la inclusión de que los factores psicosociales en el trabajo influyen el riesgo de tener enfermedades tanto físicas como mentales. A partir de modelos teóricos de las condiciones psicosociales en el trabajo que impactan la salud y con información de trabajadores del gobierno británico, los autores buscan establecer cómo los modelos trabajados explican el gradiente social de enfermedades para el grupo estudiado.

Mark McCarthy en "Transport and health" establece que su objetivo es estudiar el transporte como un contribuyente importante de la salud y de la enfermedad en los países europeos contemporáneos, lo que hace necesario cambios sustanciales en las políticas públicas para revertir las tendencias que estos países presentan. El impacto del transporte en la salud lo lleva a revisar la relación entre los medios de transporte y las enfermedades del corazón, de la salud mental, de las enfermedades respiratorias y de los accidentes. Por lo encontrado el autor propone una estrategia de intervención hacia políticas que impulsen a la gente a caminar, usar la bicicleta, mejorar el transporte público, así como limitar el uso de vehículos particulares e impulsar el público.

"Social support and social cohesion", de Stephen A. Stansfeld, parte de aseverar que es muy considerable

la evidencia que sostiene que el apoyo social es benéfico para la salud, en tanto el aislamiento social conduce a una mala salud; pero que la naturaleza exacta de esta influencia positiva hacia la salud todavía no es posible evaluarla exhaustivamente. En primera instancia discute conceptos teóricos de redes sociales, apoyo social, personalidad y salud. Desde el análisis conceptual relaciona el apoyo social con la mortalidad y la morbilidad; de esta forma establece las relaciones entre género, medio ambiente y clase social.

Aileen Robertson, Eric Brunner y Anbrey Schim en su trabajo "Food is a political issue" establecen que uno de los principales determinantes de enfermedades comunes que conducen a la discapacidad y la muerte lo constituye la dieta. Para los autores incrementar la producción de alimentos, su disponibilidad y acceso tiene el potencial de reducir el impacto sobre la mala salud de las personas, especialmente entre los países de ingresos bajos y las personas relativamente pobres. Los autores revisan temas como alimentos, pobreza e inequidad; medición de la desigualdad alimentaria; inequidades y enfermedades basadas en los patrones alimenticios; reducción de las inequidades en alimentación y nutrición. El trabajo finaliza con 12 sugerencias sobre comer de forma saludable.

En "Poverty, social exclusion and minorities", Mary Shaw, Danny Dorling y George David Smith parten de la idea de que la pobreza y la exclusión social impactan los niveles de salud de una población. Tanto en países ricos como en pobres, aquellos que se encuentran en los niveles socioeconómicos más bajos tienen peor salud y tasas de mortalidad más alta que aquellos que están en las mejores posiciones socioeconómicas. A partir del análisis de información sobre países europeos (pobres y ricos), los autores relacionan los niveles de salud de estas poblaciones con temas como pobreza, desempleo, exclusión social, refugiados, migrantes, minorías étnicas y personas sin hogar. Recomendaciones específicas para mejorar la salud de quienes se encuentran socialmente excluidos concluyen el artículo.

Martin J. Jarvis y Jane Wardle en "Social patterning of individual health behaviors: the case of cigarette smoking" aseguran que la pobreza se encuentra

íntimamente relacionada con una variedad de comportamientos: conducta inadecuada, sedentarismo, obesidad, mayores niveles de alcoholismo, etc., que impactan en las inequidades en salud. Tomando información de Inglaterra y el país de Gales, los autores analizan que la mortalidad es más alta en las clases sociales bajas. A partir de los hallazgos, en el trabajo hay sugerencias enfocadas a mejorar las condiciones socioeconómicas como una manera de atenuar el impacto del hábito de fumar en la salud.

“The social determination of ethnic/racial inequalities on health” de James Y. Nazroo y David R. Williams asevera que las diferencias en salud, tanto en términos de mortalidad como de morbilidad, entre grupos étnicos de Estados Unidos, Inglaterra, América Latina, África del Sur y Australia, han sido ampliamente documentadas; pero las inequidades sociales que enfrentan dichos grupos son los factores que realmente establecen las diferencias y que aún no son explicados. Con información de grupos étnicos de diferentes países, la investigación relaciona las variables de empleo, educación, ingreso, edad, apoyos sociales, redes sociales, mortalidad y morbilidad, para concluir que todas contribuyen a la inequidad en salud de estos grupos.

“Social determinants of health in older age” de Anne McMunn, Elizabeth Breeze, Alisa Goodman, James Nazroo y Zoe Oldfield, se centra en los determinantes sociales de la salud (física y mental) de la población adulta mayor. Los autores indican que el fenómeno de envejecimiento de la población ha conducido a preocupaciones sobre su impacto en las tasas de dependencia y las presiones sobre los servicios de salud por la creciente discapacidad que la edad acarrea a las personas. Con base en evidencias de Europa y los Estados Unidos, los autores interrelacionan variables como educación, ocupación, ingresos y riqueza para demostrar las inequidades entre adultos y adultos mayores. Posteriormente discuten elementos como jubilación, factores psicosociales, estatus percibido y apoyo social que impactan la salud de las personas mayores. La investigación concluye, entre otras cosas, en la necesidad de profundizar en estas interrelaciones que afectan a los adultos mayores.

Mai Stafford y Mark McCarthy en “Neighborhoods, housing and health”, parten de preguntarse de qué forma el lugar de residencia y el tipo de vivienda impactan la salud y cuál es la evidencia que sustenta que una buena calidad de la vivienda junto a un medio urbano adecuado impulsan una buena salud. La investigación está centrada en la revisión de la literatura sobre la influencia del lugar de residencia en la salud en primera instancia. La segunda parte presenta los estudios que han abordado las condiciones de la vivienda y la salud para los países desarrollados y cubren aspectos tan variados como características económicas de la residencia y vivienda, todos ellos relacionados con la salud de los habitantes incluidos en los estudios. La conclusión de los autores es la necesidad de profundizar este tipo de investigaciones para recolectar mayor información sobre estos aspectos.

En el trabajo titulado “Social determinants, sexual behavior, and sexual health”, Anne M. Johnson, Catherine H. Mercer y Jackie A. Cassell, intentan discutir la relación compleja entre los determinantes sociales, los comportamientos y la salud sexual. Los autores sostienen que desde hace más de 20 años la salud sexual de la población ha cobrado importancia como un problema de salud pública debido en parte a la aparición del VIH/SIDA. El trabajo contrasta el impacto del VIH y las infecciones sexualmente transmitidas que se presentan en Gran Bretaña con lo que pasa en países de ingresos bajos, particularmente del África. El estudio concluye que una salud sexual mala es peor entre la población marginada, tanto en términos económicos como sociales.

El último estudio, “Ourselves and others—for better or worse: social vulnerability and inequality”, de Richard G. Wilkinson, presenta una discusión teórica de los elementos que conectan los factores de riesgos psicosociales de los individuos, el entorno del medio ambiente social y la estructura social de las sociedades modernas. Aunque se centra en aspectos teóricos de estatus social, vulnerabilidad social, inequidad, libertad, fraternidad, el trabajo toma datos de otras investigaciones y presenta algunos datos que relacionan, por ejemplo, tasas de homicidios y desigualdad del ingreso mortalidad infantil e

ingreso per cápita. El autor recalca la necesidad de profundizar este tipo de investigaciones para reafirmar la importancia de los determinantes sociales en la salud.

Si bien la colección de trabajos incluidos en el libro están referidos para el mundo desarrollado, todo el bagaje teórico y empírico que en las investigaciones se presentan son para los interesados en los determinantes sociales de la salud una lectura obligada. Pues las implicaciones que de los determinantes se marcan sobre la salud de las poblaciones permitirían, en el caso de los países desarrollados, reorientar sus políticas públicas; y, para los países emergentes ver las posibilidades de adentrarse a una forma de ver las inequidades en salud con una perspectiva diferente.



## Requisitos para la publicación

La revista Altepepaktli (próximamente UNIVERSALUD) es una publicación semestral cuyo objetivo es dar cuenta del quehacer científico en el ámbito de la Salud Pública, por medio de artículos originales, derivados de las actividades de investigación, docencia y práctica profesional de la Salud Pública.

### TIPOS DE COLABORACIONES:

La revista Altepepaktli (próximamente UNIVERSALUD) recibe trabajos en las modalidades de artículo de investigación originales, artículo de revisión o ensayo, nota breve, reseñas de libros y noticias sobre eventos científicos.

### ENVÍO DE ARTÍCULOS:

1. Todos los artículos deberán dirigirse a los Editores de la Revista: saludcomunidad@uv.mx o al Instituto de Salud Pública de la Universidad Veracruzana, Dr. Luis Castelazo s/n, Col. Industrial Ánimas, C. P. 91190, Xalapa – Enríquez, Ver. Se acusará recibo vía correo electrónico a la recepción de los mismos.
2. Los artículos se acompañarán de una declaración que indique su carácter inédito y el compromiso de todos los autores que, de aceptarse, no se enviarán a ninguna otra revista a menos que medie la autorización expresa del Editor.

### PRESENTACIÓN:

El título del trabajo no debe exceder de 15 palabras y describirá el contenido clara, exacta y concisamente, tanto en inglés como en español. El nombre y el apellido del autor o autores se anotarán inmediatamente abajo del título omitiendo el grado académico o profesión. Al pie de la primera página se indicará el nombre del autor o autores, el cargo oficial o académico, el nombre de la institución en que labora(n) el autor o autores y la dirección en que puede solicitarse(s) copias del artículo. Los autores deberán acompañar sus artículos de un resumen de máximo 300 palabras en español e inglés, y utilizando máximo cinco palabras claves que indiquen el contenido temático del texto. El artículo requiere como mínimo 15 páginas y como máximo 25 (21.59 x 27.94 cm ó 8.5 x 11 pulg.) a interlineado 1.5. La fuente será Arial 12.

En los artículos de investigación el texto se divide en Introducción, Método (materiales, sujetos, etc.), Resultados y Discusión. Este modelo no comprende los artículos redactados en forma de ensayo, reseña bibliográfica comentada, crítica o analítica, los que serán divididos en títulos, subtítulos y apartados si fuera el caso.

Los cuadros e ilustraciones deberán ser incluidos en formato JPG, TIFF o PDF, con una resolución entre 150 y 300 DPI y deberán medir entre 7 y 15 cm. en su lado mayor. Los cuadros, tablas o figuras se incorporan al interior del texto y deberán estar identificados con un número correlativo. Se acompañarán de un título breve y claro. Cuando no sean originales del autor, deberá especificarse la fuente de donde han sido tomados.

En caso de requerirse notas al pie de página, se separarán mediante una línea horizontal y se identificarán con letras sucesivas. La citación será en número superíndice en el cuerpo del trabajo. Las referencias bibliográficas deberán citarse de acuerdo al orden de aparición en el cuerpo del trabajo. Se deberá seguir el sistema de Vancouver.

La revisión de los trabajos se realiza por pares participando personal interno y externo de la dependencia.

Altepepaktli (próximamente UNIVERSALUD) se encuentra indexada en IMBIOMED.  
<http://www.imbiomed.com.mx/index3.html>